

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

DU CENTRE CORTICAL MOTEUR LARYNGÉ ET DU
TRAJET INTRA-CÉRÉBRAL DES FIBRES QUI EN
ÉMANENT.

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon,
en collaboration avec **M. Louis DOR**, interne des hôpitaux.

Nous avons communiqué en mai 1886 à la Société française d'otologie et de laryngologie (1) une observation, unique dans son genre, de paralysie unilatérale du larynx considérée comme d'origine cérébrale du vivant de la malade.

L'autopsie avait confirmé notre diagnostic, et nous avons pu de la sorte assigner au centre cortical moteur du larynx un siège assez déterminé. Ce cas, d'ailleurs, venait à l'appui des opinions émises depuis peu, au sujet de l'existence et du siège de ce centre.

Depuis cette époque, nous avons en vain cherché un nouveau cas pour nous permettre d'accentuer nos conclusions premières. En effet, la publication de notre première note souleva des objections. MM. Semon et Horsley (2), se basant sur leurs expérimentations, déclarèrent nettement que nos conclusions étaient fausses et que certainement nous avions laissé échapper des lésions situées plus profondément. La phrase fit son chemin, et Gottstein (3) se contenta de la reproduire comme critique de notre observation.

(1) GAREL. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, mai 1886.

(2) SEMON et HORSLEY. *Brit. med. journal*, août 1886.

(3) GOTSTEIN. *Die in Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopffaffectionen*. Wien. 1888.

Jusqu'ici nous n'avons pas jugé à propos de répondre à une objection de cette nature. Nous savions trop avec quel soin minutieux nous avons pratiqué une autopsie aussi importante. D'un autre côté, la réfutation de la clinique par l'expérimentation n'a qu'une valeur fort restreinte. Depuis longtemps déjà, M. Charcot a dit qu'en matière de localisations cérébrales il faut s'en tenir aux données fournies par la clinique et par l'anatomie pathologique. Les nombreuses contradictions des expérimentateurs en sont une preuve évidente.

Dans le cas présent, il nous sera facile de démontrer la valeur exacte des expériences anciennes et récentes de Semon et Horsley, car d'autres expérimentateurs, également distingués, ont obtenu des résultats différents. En tout cas, l'expérience se critique; le fait clinique, au contraire, est brutal et s'impose.

Aujourd'hui nous sommes en possession d'un nouveau fait clinique qui, s'il n'est pas semblable au premier fait publié par nous, est néanmoins une nouvelle preuve de notre affirmation antérieure. Il s'agit, en deux mots, d'un cas de paralysie unilatérale du larynx, résultant d'une embolie cérébrale de minime importance, siégeant au niveau du noyau lenticulaire et ayant entamé la capsule interne au niveau du genou.

Nous avons tenu à rapprocher ce fait de notre première observation, les deux cas se complétant l'un l'autre et permettant de poser deux jalons importants dans la topographie cérébrale des fibres motrices laryngées.

Résumons d'abord notre première observation :

OBSERVATION I (personnelle).

Apoplexie. Hémiplegie droite et aphasie par athérome des artères cérébrales ayant déterminé des foyers multiples dans l'hémisphère gauche. Paralysie complète de la corde vocale gauche due à une lésion de l'hémisphère droit, localisée dans le siège probable du centre cortical du larynx.

Anne Futel, 72 ans, entre dans mon service le 9 janvier sans le moindre renseignement sur ses antécédents. Elle a été frappée

d'apoplexie il y a deux jours, avec perte de connaissance, hémiplégie droite, paralysie faciale du même côté et aphasie. L'hémiplégie droite persiste encore au membre supérieur. Sensibilité intacte. Paralysie faciale du même côté.

Au cœur, faiblesse des bruits sans souffle. Quelques râles disséminés dans les poumons.

Elévation très marquée de la température. Le 10 janvier, paralysie complète du bras droit avec des mouvements épileptiques du pouce et des doigts. Paralysie incomplète de la jambe droite. Trois ou quatre érosions ou phlyctènes existent sur la fesse droite.

La malade comprend ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre que par un grognement ressemblant un peu à un *oui*.

Le 12 janvier, cinq jours après l'attaque, je pratique l'examen laryngoscopique pour voir si la corde vocale droite participe à l'hémiplégie du même côté. A mon grand étonnement, je constate que c'est la *corde vocale gauche* qui est paralysée en position cadavérique. Le larynx est cependant intact, c'est-à-dire ne présente aucune altération organique propre. Il n'y a aucune cause de compression du récurrent gauche.

L'état de la malade s'améliore peu à peu et l'aphasie tend à disparaître très légèrement.

Le 23 janvier, la corde vocale gauche est toujours paralysée.

Dans la nuit du 25 au 26 janvier survient une deuxième attaque. La malade tombe dans le coma absolu, la tête regardant du côté droit.

Mort le 27 janvier à cinq heures du matin.

Autopsie.

Dans mon premier mémoire, j'ai donné tous les détails concernant les viscères. Aucun ne présentait des lésions importantes à signaler, du moins au sujet de la question qui nous intéresse.

- *Cerveau.* — Hyperhémie moyenne des méninges à la base et latéralement.

- Le tronc basilaire présente des traces marquées d'endartérite, consistant en des anneaux presque complets ou plaques jaunes, dures, de nature athéromateuse et calcaire. Les mêmes lésions s'observent sur les artères cérébrales postérieures, moyennes et antérieures.

Les cérébrales moyennes ou sylviennes présentent des nodules d'athérome sur toute leur longueur.

Hémisphère gauche. — Les plaques d'athérome cessent à l'entrée de l'artère sylvienne dans la scissure de Sylvius. A la première bifurcation de l'artère existe un petit caillot rouge récent, à cheval sur l'éperon de division. La scissure n'offre pas de lésions. On trouve un premier petit foyer de ramollissement rouge entre la frontale ascendante et le pied de la troisième frontale gauche. Un deuxième foyer dans le sillon de Rolando est situé à la hauteur de la deuxième frontale. Un peu plus haut, sur la frontale ascendante, deux ou trois points très petits de ramollissement rouge.

Plus loin encore, un foyer d'une teinte rougeâtre tirant sur le marron. Ce foyer, qui est le plus étendu, est situé à la hauteur des deuxième et troisième frontales, vers le tiers moyen de la

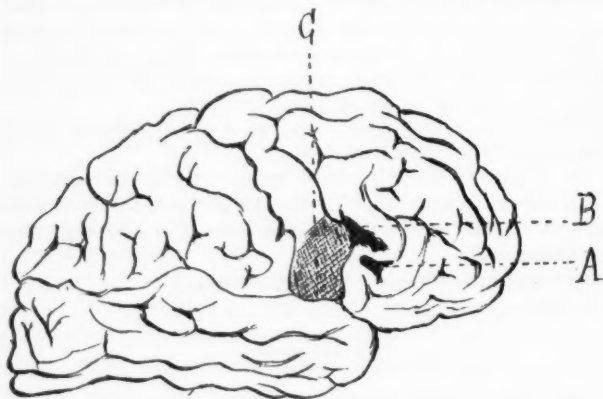


Fig. 1.

pariétale ascendante. Ce foyer s'enlève et s'énuclée avec la plus grande facilité, laissant un fond un peu altéré; il est sans rapport avec les autres foyers.

Les foyers de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante seuls lèsent un peu la substance blanche sous-corticale.

Rien du côté des ganglions centraux.

Hémisphère droit. — L'athérome du côté droit pénètre dans la scissure de Sylvius. La partie inférieure de la frontale ascen-

dante adhère un peu aux méninges. Ces dernières enlevées, cette partie présente une surface dépolie tranchant sur l'aspect lisse du reste de l'écorce; cette surface présente une légère coloration jaunâtre C.

En avant, sur le pied de la troisième frontale, au niveau des plis de passage, on trouve deux points A et B de ramollissement rouge très rapprochés, avec aspect piqueté comme dans les lésions de l'hémisphère gauche. Pas de lésions à la partie antérieure de la troisième frontale. A la coupe, ces lésions ont peu de profondeur et n'intéressent que l'écorce cérébrale; sur la supérieure seule existe une lésion légère jaunâtre, intéressant la substance blanche.

La lésion de la frontale ascendante pénètre un peu dans la substance blanche, dans le sillon qui la sépare de la troisième frontale, et va de la sorte se réunir au foyer supérieur B, ne formant ainsi qu'une seule et même lésion.

Je n'ai constaté aucune lésion du bulbe ou du cervelet.

Du côté du cou, il n'existait aucune cause de compression pouvant expliquer une paralysie laryngée d'origine périphérique.

Le larynx n'était nullement lésé, et l'articulation crico-aryténoïdienne gauche n'était pas ankylosée.

Nous ferons remarquer que, dans ce cas, il ne s'agit pas d'une trouvaille anatomique interprétée *post mortem* d'une façon fantaisiste, mais bien de la vérification exacte d'un diagnostic porté pendant la vie. En présence de l'*hémiplegie laryngée gauche* sur une malade atteinte d'hémiplegie droite totale, sans le moindre signe d'hémiplegie alterne, nous avons supposé qu'il devait exister une lésion des deux hémisphères cérébraux. Nous avons pensé que l'autopsie nous ferait constater dans l'hémisphère gauche des lésions étendues expliquant l'hémiplegie droite totale, et dans l'hémisphère droit une lésion moins étendue répondant à la paralysie très localisée de la moitié gauche du larynx. Les faits ont confirmé notre hypothèse. Nous insistons beaucoup sur la valeur de cette observation, car c'est le seul cas connu jusqu'ici de *monoplegie laryngée pure sans autre paralysie du même côté*. C'est le seul vérifié au laryngoscope diagnostiqué comme d'origine cérébrale et vérifié à l'autopsie.

La valeur de cette observation, au point de vue de la localisation du centre laryngé, a été reconnue, d'ailleurs, par Massei (1), par Lubet-Barbon (2), par Jonathan Wright (3), etc... Nous ne concevons pas comment Masini, dans son excellente étude expérimentale (4), accorde plus d'importance au cas publié par Rebillard en 1885 (Th. Paris). Dans ce cas, en effet, il s'agit d'un malade du service de Luys qui présentait une hémiplégie droite avec paralysie de la corde vocale droite. La coïncidence de la paralysie vocale et de la paralysie des membres est déjà un point faible au point de vue de la localisation, car elle entraîne forcément l'existence de lésions étendues. Mais ce qui rend le cas moins probant encore, c'est l'existence de lésions très nombreuses à l'autopsie. Nous ne pouvons moins faire que de les énumérer en détail d'après le texte même :

A l'autopsie, on trouve la substance cérébrale généralement ramollie, cependant assez consistante. Il y a quelques adhérences. Le lobe frontal droit surtout contient dans son épaisseur une tumeur qui fait corps avec les méninges et dont la teinte est opalescente.

Lobe frontal gauche. — Scissure de Rolando, flexueuse et irrégulière; les deux circonvolutions frontales ont une teinte rosée sans hyperhémie notable, pas d'adhérence avec les méninges. La troisième frontale présente, dans son pied, un vaste foyer hémorragique ayant détruit toute la substance grise de la circonvolution. La substance corticale de l'hémisphère gauche est pâle, jaunâtre, avec des granulations saillantes, probablement de nature syphilitique.

Le corps opto-strié est envahi par une masse jaunâtre. Le tissu des couches optiques est très induré, mais sans granulations appréciables.

Le cervelet est petit et atrophié; granulations saillantes, sen-

(1) LUBET-BARBON. Etude sur les paralysies des muscles du larynx. (Th. inaug. Paris, 1887.)

(2) MASSEI. Sopra un caso di paralisi laringea per lesione corticale. (Arch. ital. di laring., 1887.)

(3) JONATHAN WRIGHT. Two cases of laryngeal paralysis. (The New York med. jour., septembre 1889.)

(4) MASINI. Sui centri motori corticali della laringe. (Archiv. ital. di laring., 1888.)

sibles au toucher. Le quatrième ventricule est dilaté et légèrement hyperhémie. La protubérance est un peu indurée.

Hémisphère droit. — Les deuxième et troisième frontales sont détruites par une tumeur du volume d'une noix, qui fait corps avec les méninges. On observe également une petite tumeur sur la pariétale ascendante au niveau du lobule paracentral. C'est cet hémisphère qui paraît avoir le plus souffert. On y constate les mêmes granulations que dans l'hémisphère droit. Le centre oval est ramolli.

Tel est le cas que Masini considère comme le plus favorable à la localisation précise du centre cortical moteur du larynx. Le lecteur peut facilement se rendre compte de la valeur d'une semblable assertion. Pour nous, le cas de Rébillard ne prouve qu'une chose, c'est qu'il existe réellement des cas d'hémiplégie laryngée greffée sur une hémiplégie des membres, et que cette hémiplégie doit dépendre de lésions de l'encéphale. Il prouve encore que l'hémiplégie laryngée concomitante doit alors provenir d'une lésion cérébrale spéciale, puisque nombreux sont les cas d'hémiplégie dans lesquels la paralysie laryngée fait défaut. En outre, ce cas et le nôtre sont les seuls dont la paralysie laryngée a été constatée au laryngoscope sur le vivant et dont l'autopsie a pu être pratiquée.

Masini, dans la partie clinique de son mémoire, passe en revue toutes les autres observations connues jusqu'ici, mais n'ayant qu'une valeur de second ordre. Dans une première catégorie, il cite les observations de troubles vocaux par lésion cérébrale sans examen laryngoscopique, mais avec autopsie. Il a trouvé cinq observations :

Les deux cas bien connus d'Ange Duval (origine traumatique).

Le premier cas de Luys (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875).

Le cas de Livio Ronci (aphonie après apoplexie). Observation nouvelle bien détaillée.

Enfin le cas de Seguin.

Dans tous les cas, l'absence d'examen laryngoscopique est le défaut capital. Aucune conclusion n'est possible.

Plus intéressante est la deuxième catégorie d'hémiplégies par lésions cérébrales sans autopsie, dans lesquelles ou a trouvé au laryngoscope une paralysie unilatérale laryngée. Masini n'en a recueilli que cinq observations également (1).

1° LEWIN. Cas de paralysie de la corde vocale gauche d'origine centrale. Hémiplégie gauche (*Berl. klin. Woch.*, 1874).

2° BRYSON-DELAN. Note sur la localisation du centre cortical moteur du larynx (*The med. Record.*, fév. 1855).

3° CARTAZ. Observation du service de Landouzy à la Charité (*France médicale*, 1885). Hémiparésie droite et paralysie de la corde droite.

4° GAREL. Hémiplégie droite. Aphasie. Paralysie de la corde vocale droite (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1886).

5° GAREL. Hémiplégie gauche, paralysie de la corde vocale gauche (*loc. cit.*).

Depuis cette époque, notre distingué confrère, le Dr Massei, a publié une nouvelle observation de paralysie de la corde vocale gauche, avec paralysie faciale gauche et déviation de la langue du même côté. Ce cas n'a pas été suivi d'autopsie. Nous hésitons beaucoup à le classer à la suite de la deuxième catégorie que nous venons de citer, car le diagnostic ici peut parfaitement se discuter entre une lésion bulbaire et une lésion encéphalique.

En effet, le cas de Bryson-Delavan, qui avait fait grand bruit au début, en 1885, et qui avait eu le mérite de mettre la question à l'ordre du jour, doit actuellement être effacé du rang important que lui assignait Masini. Bryson-Delavan, dont le travail avait été le point de départ d'une série de travaux (Cartaz, Lannois, Rebillard, etc...), a publié en juin 1889 (*New York med. journal*) une deuxième note rectificative. De cette note, il résulte que la paralysie unilatérale laryngée, attribuée par lui à une lésion corticale du centre moteur laryngé, provenait d'une lésion bulbaire. Voilà donc

(1) Certainement ces cas doivent être plus fréquents ; ils se multiplieront quand l'examen laryngoscopique se pratiquera d'une façon plus générale.

un cas à déclasser qui rentre dans la catégorie bien connue des paralysies laryngées d'origine bulbaire. On sait que dans l'observation de Delavan, il s'agissait d'un malade atteint d'hémiplégie totale avec paralysie faciale et paralysie unilatérale laryngée. L'hémiplégie des membres disparut, la paralysie vocale devint permanente. C'est précisément sur la persistance de cette dernière que Bryson-Delavan s'appuya pour affirmer son origine corticale. L'autopsie n'a malheureusement pas confirmé le diagnostic.

Nous avons tenu à résumer d'abord notre première observation afin de répondre aux critiques qu'elle avait soulevées. Cela nous était d'ailleurs indispensable dans cette étude, où nous désirons reprendre la question dans son ensemble. Cette observation rapprochée de notre deuxième observation plus récente en sera le complément indispensable.

OBSERVATION II (personnelle et inédite).

Endocardite ulcéreuse et péricardite. Infarctus pulmonaires. Paralysie de la corde vocale gauche par petite embolie cérébrale localisée dans le corps strié et intéressant la capsule interne.

Observation recueillie par M. L. Don, interne du service.

Henri F..., 35 ans, terrassier, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier, n° 14, le 8 octobre 1889. Son père vit encore et jouit d'une parfaite santé. Sa mère est morte en 1875, après une maladie qui dura trois jours. Il a deux frères et une sœur en bonne santé. Un frère est mort de pleurésie à l'âge de 28 ans.

En 1874, le malade a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu d'une violence extraordinaire. Toutes les articulations auraient été prises successivement, à l'exception des articulations coxo-fémorales, temporo-maxillaires et des articulations de la colonne vertébrale. Cependant il éprouva une vive douleur dans la colonne cervicale, au niveau de la quatrième articulation. Ce rhumatisme était survenu à la suite d'un travail dans l'eau pendant neuf mois jour et nuit.

Le malade n'a jamais eu de manifestations rhumatismales

nouvelles depuis cette époque. Il se portait, dit-il, à merveille, n'avait jamais eu de dyspnée, jamais de palpitations ni d'œdème des membres inférieurs.

Le 12 décembre 1888, il fut victime d'un accident. Une pointe de fer ayant pénétré dans le doigt avait occasionné un phlegmon du bras droit. On lui fit des incisions et des contre-ouvertures dont on voit encore les traces. Il fut soigné à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service de M. le professeur L. Tripier. Celui-ci lui proposa l'amputation du doigt; mais le malade refusa et quitta le service au bout de douze jours. Du mois de janvier au mois de juin 1889, il se fit une suppuration assez abondante qui fut traitée avec une pommade quelconque, sous la direction d'un empirique. La suppuration se tarit au mois de juin; néanmoins jusqu'au mois de juin le doigt laissait sourdre toujours une petite quantité de pus.

Il eut ensuite des démêlés avec ses patrons, qui refusaient, dit-il, de lui payer ce qu'ils lui avaient promis. Il s'engagea alors dans un procès qui était, d'ailleurs, à peine entamé au moment de sa mort.

Le chagrin qu'il éprouva de se voir sans moyens d'existence l'empêcha de dormir et de prendre de la nourriture. Il déclina alors rapidement.

Le dimanche 6 octobre, il eut un petit frisson et de la céphalalgie et alla se coucher. Il toussa toute la nuit. Le lendemain, il fit venir un médecin qui lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 8 octobre, on se trouve en présence d'un homme amaigri et chétif. Il a le teint bruni et les joues rouges. Il tousse et est très oppressé. La respiration est courte. Il y a quarante-huit inspirations à la minute.

Depuis deux jours, il a des crachats rouillés ou plutôt rougeâtres. A l'examen du thorax, on constate de la submatité en avant et en arrière au sommet droit. En avant, en arrière et dans l'aisselle la respiration est très rude; en avant même, en un point très limité, il existe un peu de souffle et un peu de bronchophonie. Les vibrations sont légèrement exagérées. Le reste des poumons ne présente rien d'anormal. La température, le soir de l'entrée, ne dépasse pas 38°.

Les urines contiennent une quantité très considérable d'albumine.

Au cœur, la pointe bat sous la sixième côte, en dehors du ma-

melon. On entend battre le cœur à distance, l'oreille étant à plus de 2 centimètres de la surface thoracique. A l'auscultation, frottements et grincements d'une intensité considérable. Frémissements très sensibles à la palpation. A la pointe, bruit de galop qui, mélangé aux frottements péricardiques, produit un véritable rythme de métier à tisser lancé à toute allure. En plaçant l'oreille bien à droite, en dehors du péricarde, on reconnaît l'existence d'un souffle systolique et d'un souffle diastolique de la base. Il n'y a aucune irrégularité cardiaque.

Le 9 octobre, on constate un léger œdème des malléoles et de l'œdème pulmonaire aux deux bases. On prescrit du champagne, du vin diurétique et deux litres de lait. -

Le 10, on constate une légère raucité de la voix, à laquelle on n'avait pas encore prêté la moindre attention, et on remet l'examen laryngoscopique au lendemain.

Le 11, la température, qui avait oscillé les deux jours précédents entre 37°,2 et 37°,5, descend le matin à 36°,8 pour s'élever à 37°,4 le soir. On pratique l'examen laryngoscopique, et on est fort étonné de trouver une *paralysie complète de la corde vocale gauche*. La corde est en position cadavérique, un peu éloignée de la ligne médiane; elle n'est nullement tendue, car son bord libre est légèrement concave. Fort intrigué de cette paralysie, on demande au malade depuis quand il présente des troubles de la voix. Le malade nous apprend alors que dans la nuit du 6 au 7 octobre, se sentant plus malade au milieu de la nuit, il voulut appeler un de ses parents qui couchait dans la chambre voisine. Il lui fut impossible de pousser un son et dut frapper sur la cloison de séparation des deux chambres en signe d'appel.

Nous pratiquons un examen laryngoscopique plus approfondi, et nous constatons que la corde vocale droite est absolument saine; elle se meut normalement. Dans la phonation elle vient jusqu'à la ligne médiane sans la dépasser et laisse donc la glotte entr'ouverte. La fente glottique ainsi fermée incomplètement présente un bord rectiligne à droite et un peu elliptique à gauche. Nous examinons avec le plus grand soin la motilité du voile du palais et de la langue; nous ne trouvons rien d'anormal. Rien également du côté de la face ni du côté des yeux. Du côté des membres supérieurs et inférieurs, pas de paralysie, pas d'anesthésie. Nous sommes donc en présence d'une *hémiplégie laryngée pure*. Immédiatement, en présence des troubles pul-

monaires que nous avons considérés comme d'origine embolique, vu l'existence d'une endocardite ulcéreuse, vu également l'absence de toute cause de compression du récurrent au niveau du cou, nous portons le diagnostic ferme d'embolie cérébrale intéressant le centre cortical moteur du larynx. Nous éliminons l'embolie bulbaire, ne voyant pas comment une embolie, même localisée de cette région pourrait produire une hémiplegie laryngée sans intéresser du même coup les noyaux d'origine d'autres nerfs craniens.

Le 12 octobre, la température est de 36°,8 le matin et 37°,4 le soir. Nous trouvons le malade avec un facies non seulement terreux, mais encore cyanosé. Il existe un refroidissement très marqué des extrémités supérieures et inférieures. Aux deux mains, l'index et le médus sont violacés et complètement glacés d'une façon symétrique. Les deux gros orteils présentent également une teinte asphyxique, et à leur face inférieure on constate une ulcération symétrique entourée d'une zone violacée. Il n'y a cependant pas d'anesthésie des extrémités.

Depuis hier le malade a une diarrhée abondante qui, ce matin cependant, paraît diminuer un peu.

Le 13 octobre, la température, matin et soir, ne dépasse pas 36°,8. La cyanose des extrémités a disparu ; le malade a très froid aux mains et aux pieds, mais la coloration violette n'existe plus. La diarrhée est également suspendue.

Le 14 octobre, réapparition d'un léger degré de cyanose des extrémités, localisée aux mêmes doigts qu'avant-hier. Respiration = 48. Pouls, 88. L'hypothermie persiste à 36°,8.

Les crachats rouges ont disparu, ainsi que le souffle et la submatité. Il n'y a plus que de l'œdème des deux bases pulmonaires. Aux frottements péricardiques se sont mélangés des frottements pleuraux, et lorsqu'on ausculte la pointe du cœur on entend le mélange de ces frottements, les uns coïncidant avec la respiration et s'arrêtant avec elle, les autres coïncidant avec les pulsations cardiaques. Les urines contiennent toujours une quantité considérable d'albumine; elles ont un reflet verdâtre; elles sont claires et mousseuses. Il existe un dépôt qui, d'après l'examen microscopique, renferme un grand nombre de cylindres de toutes dimensions : cylindres granuleux, hyalins et épithéliaux. La teinture d'iode ioduré ne colore ces cylindres qu'en jaune. Un certain nombre de grandes cellules moulées sont colorées franchement en brun acajou foncé par la teinture

iodée iodurée. On constate aussi la présence de spermatozoïdes et de quelques globules blancs.

L'examen laryngoscopique donne les mêmes résultats que précédemment, et aucune nouvelle paralysie n'est venue s'ajouter à l'ensemble des symptômes.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate que les papilles sont normales ; elles présentent une coloration blanche qui ne rappelle cependant pas celle de l'atrophie. Le reste du fond de l'œil n'offre rien de particulier. Pas d'œdème péri-papillaire.

Le malade paraît très affaibli ce matin ; son aspect cachectique s'accuse de plus en plus.

Le soir, il a par moments de l'obnubilation. On l'interroge, et il ne répond pas. La respiration est haletante, les ailes du nez battent à chaque inspiration ; 48 respirations à la minute.

A l'auscultation du cœur, le souffle s'entend mieux à la pointe qu'à la base. Il n'y a pas de double souffle crural.

A dix heures du soir, le malade tombe dans un état comateux, et meurt à onze heures.

Autopsie. — Elle a été pratiquée trente-six heures après la mort.

Disons tout d'abord qu'elle a été commencée par l'examen du cerveau, vu la certitude que nous avions de trouver dans cet organe une lésion confirmant notre diagnostic, c'est-à-dire expliquant l'hémiplégie laryngée constatée pendant la vie. Mais nous renverrons le détail des lésions de cet organe à la fin de la description.

Le cœur est très hypertrophié, il est d'un poids qui dépasse de beaucoup le poids normal. Le péricarde contient environ 100 grammes de liquide citrin et un dépôt de fausses membranes blanches et épaisses. Des membranes semblables, rugueuses, sont dispersées sur toute la surface viscérale et pariétale de la séreuse.

Sur les valves de la mitrale existe une série de petites granulations bourgeonnantes d'endocardite végétante. La valvule n'est rendue insuffisante que par suite de l'affrontement irrégulier de ses bords, conséquence des végétations susdites. Les cordes et les piliers sont d'aspect normal, car les néoformations en question n'existent qu'à la base de la valvule.

La valvule tricuspidale est absolument normale.

Les valvules sigmoïdes de l'aorte présentent un amincissement notable de leur extrémité libre, qui les rend très transpa-

rentes. L'une d'elles est complètement fenêtrée à jour, le bord libre représente une bride tendue, restant de l'ourlet de la valvule. Au-dessous de cette bride existe un tissu fenêtré, réticulé, très friable. Tout cela contribue à rendre la valvule aortique insuffisante ; aussi est-elle incapable de garder l'eau qu'on verse au-dessus de l'orifice.

Les poumons ne renferment pas de grands infarctus ; mais, principalement à droite, on constate par places des parties plus grisâtres et plus denses nullement aérées, car quelques fragments découpés çà et là tombent directement au fond de l'eau.

Le foie et la rate ne présentent rien de spécial, si ce n'est une légère augmentation de volume.

Les reins ont un aspect marbré très remarquable ne permettant pas de distinguer plus particulièrement la zone corticale du reste du rein. La coupe offre un aspect uniformément blanchâtre, et on aperçoit une série innombrable de points rouges foncés, presque noirs, formant une sorte de dépression au milieu de ce tissu blanchâtre. Il s'agit, en somme, de petits infarctus nombreux. La substance blanchâtre est d'ailleurs atteinte de dégénérescence amyloïde prouvée par la réaction iodée.

Du côté du cou, à gauche, nous ne trouvons aucune tumeur pouvant agir par compression sur le récurrent. Le larynx lui-même paraît absolument sain. Bien entendu, les deux cordes sont en position cadavérique, et rien ne peut rendre compte de la paralysie constatée à gauche pendant la vie. Pas d'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche. Les deux cordes vocales présentent les mêmes dimensions.

Nous disséquons avec soin le nerf récurrent et nous le plaçons immédiatement dans l'acide osmique. L'examen microscopique n'a d'ailleurs donné aucun résultat. Le nerf n'a présenté aucun signe de dégénérescence.

Passons maintenant à l'examen du cerveau.

L'encéphale ne présente rien à signaler extérieurement. Le bulbe est séparé au niveau des pédoncules. Le plancher du quatrième ventricule est absolument normal. Différentes coupes bulbaires nous démontrent qu'il n'existe pas la moindre lésion à ce niveau. Les pédoncules sont également sains. Le cervelet ne présente rien de particulier.

Nous mettons à nu l'écorce cérébrale des deux hémisphères et, à notre grand désappointement, nous ne constatons pas la plus petite altération au niveau des circonvolutions frontales, soit à

droite, soit à gauche. A ce moment, nous croyons avoir fait un faux diagnostic. Néanmoins, nous coupons en tranches l'hémisphère gauche d'abord, qui, d'ailleurs, n'offre aucune lésion. Nous nous y attendions, puisque la paralysie laryngée était à gauche. Enfin, nous abordons l'hémisphère droit, en serrant de plus en plus les coupes, et cela sans tenir compte de la direction oblique classique des coupes de Pitres. Nos coupes sont toutes faites presque perpendiculairement. Nous découvrons alors une petite lésion dans une section partant, en haut, du pied de la première circonvolution frontale, traversant le milieu de la frontale ascendante et la partie inférieure de la pariétale ascendante.

La figure 2 donne une idée de cette section.

Nous avons représenté ici l'hémisphère gauche, bien qu'il s'a-

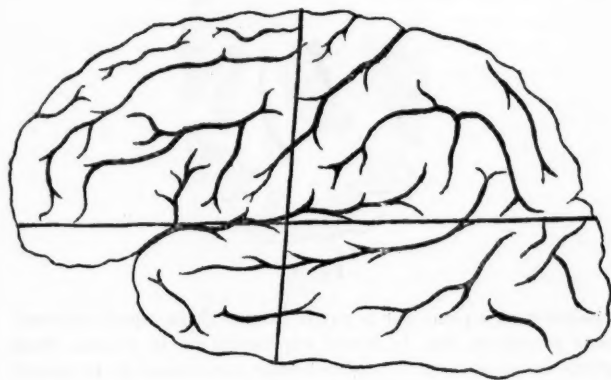


Fig. 2.

gisse dans notre cas de l'hémisphère droit, mais c'est pour nous rapprocher plus exactement de la figure classique des coupes de Pitres figurées sur l'hémisphère droit. Le lecteur, en comparant la figure 2 avec la planche de Pitres, se rendra compte que notre section a porté en haut, au niveau du point supérieur de la deuxième coupe pédiculo-frontale de Pitres, pour se terminer en bas au niveau du point inférieur de la coupe dite pariétale du même auteur.

Sur la coupe de la section ainsi déterminée, nous trouvons un petit foyer de ramollissement rougeâtre, de date récente, gros

comme un pois à sa partie supérieure et se terminant en pointe en bas. La longueur totale du foyer peut être évaluée à 15 millimètres environ de haut en bas. Sa grosse extrémité supérieure n'avait guère que 8 millimètres. Dans le foyer, la substance nerveuse était complètement désagrégée et donnait l'aspect d'une bouillie rougeâtre.

Ce foyer de ramollissement siège dans la partie supéro-interne du noyau lenticulaire (fig. 3). Il empiète légèrement de 1 à



Fig. 3.

2 millimètres à peine sur la partie externe de la capsule interne, mais seulement dans la moitié supérieure de la lésion. Nous avons voulu alors nous rendre compte exactement de la nature de la lésion sur une coupe horizontale analogue à la coupe de Flechsig. Nous avons eu quelque peine tout d'abord à rétablir l'orientation, la partie antérieure du cerveau étant réduite en tranches multiples; mais comme il nous restait la partie postérieure entière de l'hémisphère, nous avons tout ce qu'il fallait pour repérer parfaitement le siège de la lésion en coupe horizontale. La figure 2 indique la direction que nous avons donnée à notre coupe horizontale. Nous avons d'ailleurs, à plusieurs reprises, vérifié sur d'autres cerveaux l'exactitude de la direction de nos coupes verticale et horizontale (1).

(1) Nous devons le dessin de nos planches à l'obligeance de M. Bonnet, interne des hôpitaux.

La figure 4 nous montre que le foyer de ramollissement siégeait dans le noyau lenticulaire, juste au niveau du genou de la

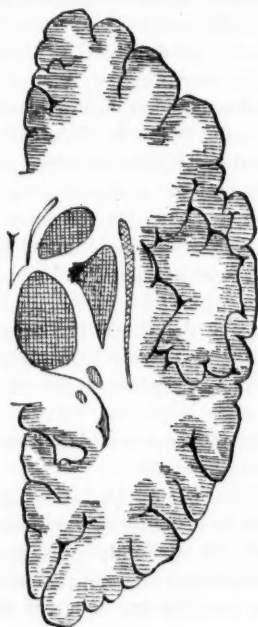


Fig. 4.

capsule interne, lésant ainsi les fibres les plus externes de la capsule interne même.

Nous étions donc en présence d'un fait d'une rareté extrême, duquel il était possible de tirer des conclusions importantes au point de vue du trajet intracérébral du faisceau moteur laryngé.

Nous répéterons ici ce que nous avons déjà dit au sujet de la première observation, c'est-à-dire que nous insisterons sur l'existence de l'hémiplégie laryngée pure sans aucune autre espèce de paralysie soit des membres, soit de la face,

ou du voile du palais. Les circonstances ont voulu que par un fait du hasard les fibres motrices du larynx soient seules lésées. Comme nous le disions plus haut, ce cas n'a pas été non plus une trouvaille anatomique, mais bien la vérification d'un diagnostic porté pendant la vie, grâce à l'examen laryngoscopique. Sans aucun doute, nous avons commis une erreur en pensant à une lésion corticale, mais nous avons eu raison en affirmant une lésion de l'hémisphère opposé et en rejetant absolument une lésion bulbaire.

Ce contretemps, nous ne le regrettons pas, car il va nous ouvrir au contraire des horizons nouveaux en nous permettant d'ouvrir un chapitre complètement neuf sur le trajet intracérébral du faisceau laryngé moteur.

En effet, de même que, théoriquement, on a pensé que le centre moteur laryngé devait exister dans le voisinage de la troisième frontale près des autres centres du langage ou de l'articulation des sons, de même on est en droit de conclure que les fibres motrices laryngées doivent occuper dans le trajet de la capsule interne une situation analogue aux fibres émanées des centres précités.

Ici il nous faut retracer en quelques lignes les connaissances acquises sur la constitution anatomique du genou de la capsule interne. M. Grasset, dans sa dernière édition (1886), a exposé d'une façon claire et précise ces données anatomiques dans son chapitre sur la valeur séméiologique des paralysies de la langue. Il s'appuie, à cet égard, sur le travail de Raymond et Artaud (1), relatif au trajet intracérébral de l'hypoglosse, et sur le mémoire de mon excellent et savant maître, M. Lépine, ayant trait au syndrome labio-glosso laryngé d'origine cérébrale (2).

Nous suivrons simultanément depuis l'écorce cérébrale les deux faisceaux connus actuellement jusqu'à la protubérance.

Dans l'écorce, d'après leurs dix observations de glossoplégie d'origine corticale, Raymond et Artaud localisent le

(1) RAYMOND et ARTAUD. *Archives de neurologie*, t. VII, 1884.

(2) LÉPINE. Note sur la paralysie glosso-labiale cérébrale à forme pseudo-bulbaire. (*Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1877.)

centre de l'hypoglosse dans le pied de la frontale ascendante, tandis que le centre de l'aphasie occupe le pied de la troisième circonvolution frontale.

Dans le centre ovale, on connaît également le trajet des faisceaux fournis par ces deux centres. Il résulte des cas de paralysie pseudo-bulbaire labio-glosso laryngée de M. Lépine et des cas de MM. Raymond et Artaud que les fibres de l'hypoglosse, du facial inférieur et de la branche motrice du trijumeau naissent dans le faisceau frontal inférieur de Pitres, tandis que les conducteurs de la parole siègent dans le faisceau pédiculo-frontal inférieur.

Au niveau de la capsule interne, sur la coupe horizontale de Flechsig, nous laissons de côté le segment postérieur et le segment antérieur. Nous ne nous occupons que du genou de la capsule, c'est-à-dire du faisceau géniculé. D'après le travail antérieur de Brissaud, ce faisceau contenait les conducteurs de la parole, les nerfs moteurs de la langue, de la face, du voile du palais.

Raymond et Artaud ont fait un pas de plus et ont divisé le faisceau géniculé en deux parties : la partie antérieure ou faisceau de l'aphasie et la partie postérieure ou faisceau de l'hypoglosse. Dans le pédoncule cérébral, Brissaud assigne au faisceau géniculé une place à la face inférieure, entre le tiers moyen et le tiers interne. Raymond et Artaud dissocient encore ici le faisceau géniculé en deux parties distinctes en faisant passer le faisceau de l'aphasie au contact du tiers interne du pédoncule, et le faisceau de l'hypoglosse au contact du tiers moyen. Mais cette localisation pédonculaire n'est basée sur aucune preuve clinique.

Dans la protubérance, le trajet est inconnu. Raymond et Artaud pensent que les faisceaux de l'hypoglosse se dirigent vers la partie postérieure et interne des pyramides. De là, ils s'entrecroisent et se rendent aux noyaux bulbaires.

Ces détails donnés, il nous est permis maintenant de rechercher les indications résultant de l'autopsie de notre deuxième malade. Sans aucun doute, nous ne pourrions en déduire des données complètes sur le trajet total intra-encéphalique du faisceau moteur laryngé, mais nous aurons un

renseignement précis sur la partie la plus importante : le passage au niveau du genou de la capsule interne. Si l'on se reporte à la description de la lésion constatée à l'autopsie, on voit que les fibres capsulaires les plus externes du faisceau géniculé ont été endommagées par le foyer pathologique. Il est donc permis de croire que, outre le faisceau de l'aphasie et le faisceau de l'hypoglosse, il existe dans la partie la plus externe du genou de la capsule interne un faisceau propre moteur laryngé, absolument distinct, ayant sa place spéciale dans la constitution du faisceau géniculé. Que les fibres du faisceau laryngé moteur aient été intéressées et lésées par le foyer même ou qu'elles aient subi une influence de voisinage, il reste toujours un fait acquis dans le cas présent, c'est l'autonomie complète du faisceau moteur laryngé. Reste à interpréter le rôle même de la lésion du noyau lentriculaire; il est difficile de trancher la question. D'après Grasset, il est probable que les faisceaux de la parole au-dessous du faisceau pédiculo-frontal inférieur passent par le corps strié. En est-il de même pour le faisceau moteur laryngé? Nous ne sommes pas en mesure de répondre à cette question.

Nous sommes persuadés que cette observation peut soulever des objections et donner lieu à des interprétations diverses. Mais il est un point indiscutable, c'est que cette lésion limitée a déterminé une *hémiplegie laryngée pure* sans la moindre paralysie d'un autre groupe musculaire.

A ce titre seul, le cas a une importance capitale dans l'histoire des localisations. Rapproché de l'histoire de ma première observation, il contribue à jeter un certain jour sur l'étude d'ensemble du centre cortical moteur laryngé et sur le trajet de ses fibres.

Nous sommes heureux d'avoir apporté à cette question à l'ordre du jour la part la plus importante. En effet, le cas de Rebillard et nos deux observations personnelles sont les trois seuls faits d'hémiplegie laryngée constatée pendant la vie avec vérification sur le cadavre. Nous avons déjà indiqué plus haut la valeur moindre de l'observation de Rebillard. Bryson-Delavan a bien eu aussi l'occasion de faire

l'autopsie d'un malade chez lequel il avait observé une hémiplegie laryngée; mais il a trouvé une lésion bulbaire. Nous ne lui reprocherons qu'une chose, c'est sa conclusion un peu hâtive formulée en ces termes : « Ainsi il résulterait que la théorie soutenue par Gottstein (que la paralysie du larynx d'origine centrale est due à une lésion du bulbe et non de l'écorce) reçoit de ce fait une confirmation directe et que la localisation du centre moteur cortical, pour le larynx de l'homme, reste encore jusqu'ici incertaine. » Bryson-Delavan s'appuie sur des cas de paralysies bulbaires analogues, publiés également par Eisenlohr, de Hambourg (1). Mais cela ne prouve rien, si ce n'est qu'il existe des paralysies laryngées relevant plus souvent du bulbe que de l'écorce. Jonathan Wright (*loc. cit.*), à propos d'une observation publiée par lui, se rallie aux conclusions de Delavan et de Gottstein.

Quant aux observations de lésions cérébrales sans autopsie, dans lesquelles on a constaté une hémiplegie laryngée coïncidant avec l'hémiplegie totale, quatre seulement ont été nettement étudiées. Sur ce nombre encore deux nous sont personnelles.

Dans notre premier travail, nous avons bien cité une autre observation d'hémiplegie laryngée paraissant d'origine centrale; mais celle-ci, vu l'absence d'hémiplegie totale, n'avait que la valeur restreinte d'une hypothèse. Nous en dirons autant de la récente observation de Massei. Il existe bien d'autres faits cités par Gerhardt, Mackenzie, etc., mais aucun de ces faits n'est assez précis pour entrer en ligne de compte.

Notre tâche n'est point encore terminée. En effet, si, au début de cette étude, nous avons fait justice des objections opposées par les expérimentateurs, nous serions ingrats de ne point citer les résultats de leurs patientes recherches. S'il s'est élevé des divergences entre eux, il est bon de les signaler; car, somme toute, nous pouvons démontrer que les résultats obtenus, rapprochés les uns des autres, sont en faveur de l'existence du centre cortical moteur laryngé.

(1) EISENLOHR. *Arch. für Psych.* Berlin, vol. XIX, 1888.

D'ailleurs, le seul point en litige roule moins sur l'existence du centre que sur la question de savoir si ce centre a une action unilatérale ou bilatérale.

Avant 1877, tous les physiologistes étaient d'accord pour placer dans le bulbe le centre de la phonation. Il est évident que lorsque les mouvements n'ont pas le cri seul pour but, mais la parole articulée, un centre plus élevé doit agir. C'est du moins l'opinion de Bristowe (1). Comme le dit Rebillard (*loc. cit.*), lorsqu'un chanteur fait varier de son propre pouvoir la tension de ses cordes ou passe de la voix de poitrine à la voix de fausset, le bulbe n'est pas seul en fonction, un centre supérieur vient commander ces différents mouvements.

Duret (*Soc. de biol.*, 1877) ayant enlevé chez le chien la région que Ferrier regarde comme le centre des mouvements de la langue, des lèvres, constata que le chien avait perdu la faculté d'aboyer. Dans sa thèse, en 1878, il cite des faits analogues.

Soltmann (1), en détruisant au fer rouge les circonvolutions pré et post-frontales sur un jeune chien, remarqua que dans la suite l'animal n'aboyait pas, mais poussait seulement de petits cris comme un nouveau-né.

Hermann Krause (2) fut le premier à joindre l'examen laryngoscopique à l'expérimentation. Mon collègue et ami Lannois (3) a admirablement résumé les expériences de Krause qui concluaient à l'existence d'une région corticale, *gyrus præfrontalis*, présidant aux mouvements du larynx et du pharynx.

Semon et Horsley (4), en 1886, comme objection à ma première observation, font connaître le résultat de leurs expériences sur plusieurs espèces d'animaux. Ils confirment les

(1) BRISTOWE. Lectures on the pathological relations of the voice and speech. (*Brit. med. journ.*, 1879.)

(1) SOLTSMANN. Experimentelle Studien über die Funktionen des Grosshirns der Neugeborenen. (*Jahrbuch für Kind.*, 1876.)

(2) H. KRAUSE. Ueber die Beziehungen der Grosshirnrinde zu Kehlkopf und Rachen. (*Du Bois-Reymond's Arch.*, 1884.)

(3) LANNOIS. Y a-t-il un centre cortical du larynx? (*Rev. de méd.*, 1885.)

(4) SEMON et HORSLEY. Paralysis of laryngeal muscles and cortical centre for phonation. (*Lancet*, 1886.)

remarques de Krause sur la situation du centre laryngé dans le *gyrus præfrontalis*. Chez le singe, ce centre correspond au centre du langage chez l'homme; *mais il est bilatéral, symétrique*. Pour eux, toute excitation d'un centre seul détermine une action bilatérale des cordes vocales; ils ont obtenu le même résultat soit sur l'hémisphère gauche, soit sur l'hémisphère droit. L'absence d'aphonie dans les cas d'aphasie montrerait bien, à leur avis, que chez l'homme le centre phonateur a une représentation semblable bilatérale. D'où ils admettent que notre observation I ne prouve rien.

Sans vouloir critiquer des conclusions rigoureuses transportées du singe ou du lapin à l'homme, nous répondrons que les faits cliniques sont là pour réfuter une semblable assertion. Avec une pareille théorie, il ne devrait jamais exister un seul cas d'hémiplégie totale (membres et larynx), car si la lésion était unilatérale l'hémiplégie laryngée deviendrait impossible; si la lésion était bilatérale, le larynx serait paralysé en totalité. Or les faits cliniques prouvent le contraire.

Tout récemment les mêmes auteurs (1) nous donnent, à titre provisoire, le détail d'expériences plus complètes entreprises sur le même sujet.

Voici le résumé de leurs expériences :

1° Il existe dans chaque hémisphère un centre de la représentation bilatérale des mouvements d'adduction des cordes vocales. L'excitation des parties plus ou moins voisines de ce centre produit des mouvements d'adduction des cordes de moins en moins complets à mesure que l'on s'éloigne du centre. Notons en passant que le chat ne donne pas les mêmes résultats que le lapin.

2° Il n'a pas été possible de trouver dans l'écorce un centre d'abduction des cordes.

3° Si l'un des deux domaines corticaux de l'adduction est détruit assez complètement pour que l'excitation des régions voisines ne produise rien sur le larynx, on n'observe alors

(1) SEMON et HORSLEY. Sur le centre d'innervation motrice du larynx. (*Internat. Centralblatt für Laryngol.*, février 1890, et *British med. journ.*, décembre 1889.)

aucune paralysie des cordes vocales. En outre, si plus tard on excite le centre opposé correspondant, il se produit une adduction bilatérale des cordes aussi complète que si le centre opposé était intact.

De ces faits Semon et Horsley concluent :

A. Une excitation unilatérale produit une action bilatérale. Donc, cliniquement, une affection irritative unilatérale du centre laryngé produira le spasme de la glotte, c'est-à-dire l'adduction bilatérale des cordes (laryngite striduleuse, par exemple).

B. Une destruction unilatérale de ce centre *ne produit rien*. La paralysie unilatérale du larynx par lésion unilatérale d'un hémisphère est absolument impossible.

Nous ne suivrons pas plus loin les auteurs dans le récit d'autres expériences se rattachant moins directement à notre sujet. Nous tenions seulement à citer leurs conclusions trop absolues pour les mettre en parallèle avec les expériences antérieures contradictoires de Masini. Ces expériences ont été passées sous silence par Semon et Horsley ; elles méritent cependant d'être connues. Toutes ces expériences ont été faites sous le contrôle du professeur Luciani.

Pour Masini, il n'y a aucun doute sur l'existence du centre laryngé ; mais contrairement à Krause, qui admet un centre précis et limité, il prétend que le centre est essentiellement diffus.

Pour lui, le larynx ne répond pas seulement aux excitations portant sur la zone circonscrite de Krause, mais encore aux excitations de même intensité portant sur les autres centres moteurs. Le fait est tellement vrai, d'après lui, qu'il est impossible de produire des phénomènes de paralysie glottique sans voir s'y associer la paralysie d'autres groupes musculaires importants (langue, voile du palais, lèvres, membres). Il a cependant observé la paralysie isolée de la corde sans généralisation à d'autres muscles. D'ailleurs, il admet bien que toute la zone motrice de la glotte décrite par lui ne peut pas produire avec la même intensité la paralysie vocale, et il reconnaît que l'*aire* de Krause représente bien le foyer principal du centre.

L'extirpation a donné les mêmes résultats que l'excitation électrique. Si l'on détruit seulement le foyer de Krause, la paralysie glottique est moins durable que lorsqu'on détruit toute la partie située en avant du *sulcus cruciatus*. Pour obtenir une paralysie définitive, il a dû détruire également la région *post-crociata*, c'est-à-dire presque toute la région dite motrice.

En outre, il ajoute que, même après destruction totale bilatérale de toute la zone motrice corticale, la perte de la phonation n'est pas permanente. Aussi, pour expliquer ce phénomène, il admet avec Luciani l'existence de foyers phonateurs *sous-corticaux* capables de suppléer les foyers corticaux.

Il étudie ensuite la question du rapport croisé ou direct, unilatéral ou bilatéral du centre laryngé avec l'organe vocal périphérique. Il se base sur l'hypothèse de Luciani et de Golz prétendant que chaque moitié du cerveau a des rapports bilatéraux avec les organes périphériques, mais reconnaissant toutefois l'action prédominante de la fibre croisée.

Ses expériences prouvent qu'en excitant le centre laryngé avec un courant très faible (à peine sensible sur la pointe de la langue) on produit l'adduction de la corde vocale du côté opposé. On obtient de même la paralysie de la corde du côté opposé au centre détruit.

Pour produire une action bilatérale des cordes, il faut employer des courants plus forts. Alors la corde vocale du côté opposé au centre excité se met en adduction complète sur la ligne médiane, tandis que la corde située du côté du centre en expérience n'a qu'une tendance incomplète à gagner la ligne médiane, tout simplement parce que les fibres directes sont moins nombreuses que les fibres croisées.

De toutes ses expériences, Masini tire les conclusions suivantes :

1° Existence chez le chien d'un centre moteur glottique à la partie antérieure des hémisphères.

2° Ce centre s'étend presque à toute la zone motrice, bien

que son foyer de plus grande intensité soit limité au centre laryngé de Krause (base de la *circ. pré-crociata*).

3° Le centre n'est ni isolé ni distinct, mais se confond avec les autres centres moteurs ; plus intimement avec ceux du pharynx, de la langue, du voile, et moins intimement avec les autres.

4° La lésion unilatérale donne lieu à des troubles moteurs laryngés prédominant du côté opposé, ainsi qu'à des troubles de la sensibilité de la muqueuse.

5° La lésion bilatérale produit une paralysie persistante du mouvement et de la sensibilité, sans atteindre le degré de la paralysie absolue.

6° Outre les centres laryngés corticaux, il faut reconnaître l'existence des centres laryngés sous-corticaux, si l'on veut se rendre compte de la compensation parfaite des désordres résultant de l'ablation unilatérale et de l'absence de paralysie complète après extirpation bilatérale.

Il nous est permis maintenant de comparer ces conclusions avec celles de Semon et Horsley. On voit que Masini est arrivé à des résultats qui permettent de comprendre les faits cliniques, tout en expliquant les faits résultant des recherches des auteurs anglais. Toute la question était de savoir si une lésion cérébrale corticale pouvait donner lieu à la paralysie d'une corde vocale du côté opposé. Or Masini a prouvé expérimentalement que ce fait était indiscutable. Par d'autres expériences dans lesquelles il avait modifié l'intensité des excitations, il a obtenu les mêmes résultats que Semon et Horsley, c'est-à-dire l'action bilatérale par excitation ou destruction d'un seul centre. Donc les auteurs anglais ont donné une interprétation non erronée, mais incomplète à leurs expériences, en ne voyant qu'une partie de la question. Ils ont eu tort de vouloir, sur de pareilles preuves, démolir les données fournies par la clinique. Toutes les observations d'hémiplégie laryngée d'origine cérébrale publiées jusqu'ici conservent donc toute leur valeur.

Quant à la question de la délimitation précise du centre dans l'aire de Krause ou dans une zone plus ou moins étendue (Masini), elle est aussi parfaitement discutable. On a

déjà démontré qu'il n'est pas toujours possible de se mettre en garde contre les phénomènes de diffusion des courants électriques servant à produire les excitations. Il y a loin d'ailleurs de la précision d'une lésion circonscrite par le fait du hasard à la localisation précise d'une excitation expérimentale.

En outre, il ne faut pas non plus pousser trop loin la comparaison de l'animal à l'homme, surtout lorsqu'il s'agit d'un organe appelé à des fonctions bien différentes dans les deux espèces. Semon et Horsley avouent eux-mêmes, nous l'avons fait remarquer plus haut, qu'ils ont obtenu des résultats différents sur le chat et sur le singe ou le lapin.

Nous avons cru devoir entrer dans tous ces détails pour donner l'état actuel complet de la question. Nous voulions aussi démontrer que l'expérimentation peut venir en aide à la clinique, mais qu'elle ne doit jamais lui imposer ses résultats.

De l'ensemble de ce travail nous concluons :

1° Il existe un centre cortical moteur du larynx dans chaque hémisphère cérébral;

2° Ce centre siège au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale et du sillon qui la sépare de la frontale ascendante;

3° Les fibres émanées de ce centre passent au niveau de la partie externe du genou de la capsule interne, formant dans le faisceau géniculé un faisceau moteur laryngé indépendant du faisceau de l'aphasie et du faisceau de l'hypoglosse;

4° Le centre laryngé a une action croisée. Sa destruction détermine la paralysie totale de la corde vocale du côté opposé (position cadavérique).

II

DEUX CAS D'ÉPITHÉLIOMA DU PAVILLON
DE L'OREILLEPar le Dr **HAMON DU FOUGERAY** (du Mans).

Le cancer du pavillon de l'oreille paraît être une rareté pathologique. Tout au moins pouvons-nous dire que les observations de cette affection se comptent. Ceux-là même qui l'ont signalé, tels que Velpeau, Demarquay, Sédillot, Bouisson, n'en ont rapporté qu'un petit nombre d'exemples, et tout dernièrement, dans *Lo Sperimentale* de juillet 1889, le Dr G. Ferreri a publié quelques pages sur ce sujet. Moi-même, dans le courant de ces deux dernières années, ai été amené à en opérer deux cas. Ce sont ces deux observations qui font l'objet de cette note.

OBSERVATION I. — A la fin de janvier 1888, M. D..., âgé de 60 ans, est venu me consulter pour une tumeur siégeant au pavillon de l'oreille. Il paraît être d'une bonne constitution, n'a jamais eu d'affections graves et ne présente pas, du moins d'après ses déclarations, d'antécédents morbides. La tumeur dont il est porteur siège à gauche. Elle a débuté par un petit bouton douloureux placé sur l'hélix. Sous l'influence de grattages répétés, elle a augmenté de volume, et quand je l'examinai pour la première fois, le début remonte à un an. L'hélix, l'anthélix et la conque sont envahis. Toutes ces parties ne forment plus qu'une tumeur volumineuse, ulcérée, douloureuse. Les ganglions sont envahis. Le malade, très tourmenté et souffrant, réclame une intervention.

Celle-ci fut pratiquée le 20 février 1888. Je me suis servi dans ce cas de la pâte de Canquoin, suivant la méthode Maisonneuve. De nombreuses flèches furent introduites dépassant les limites apparentes de la tumeur. Celle-ci tomba quinze jours après, laissant une plaie rosée qui parut d'abord bien se comporter et tendre vers la guérison. Mais ce que j'avais prévu ne tarda pas à se montrer. Dès le mois d'avril, c'est-à-dire trois mois après,

une récurrence survenait sur la cicatrice. Une nouvelle application de flèches fut faite, et alors, en sondant les parties profondes, il me fut facile de reconnaître ce que j'avais déjà soupçonné, l'envahissement du temporal.

Cette seconde application de pâte de Canquoin ne fut pas suivie de cicatrisation, et le malade, complètement inopérable, mourut quelques mois après.

L'examen histologique de la tumeur a été fait à plusieurs reprises, et le résultat, toujours le même, démontrait, ainsi que l'indique la figure I, la nature épithélioïmateuse de la tumeur. M. D... n'a pas présenté de troubles de l'audition, le cancer n'intéressant que les parties situées au-dessus du

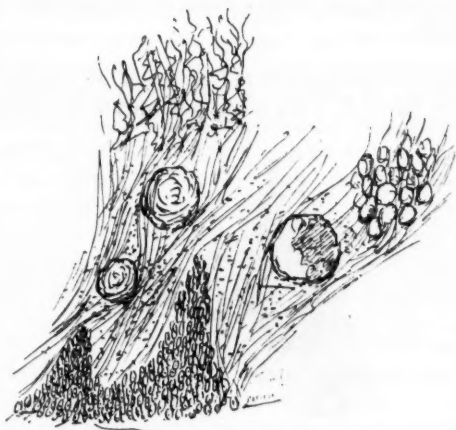


Fig. 1.

conduit auditif et ayant respecté la caisse du tympan. C'est seulement dans les derniers mois qu'il y a eu un peu de difficulté de la mastication.

OBSERVATION II. — A la fin d'octobre 1889, M. B... vint me consulter pour une ulcération siégeant sur le pavillon de l'oreille gauche. Il y a seulement six mois qu'il a vu survenir une légère excroissance qu'il a grattée et qui s'est transformée en une ulcération douloureuse à marche rapide.

M. B... est âgé de 79 ans, de forte constitution et ne présentant dans sa famille aucun antécédent cancéreux.

Un premier examen me permit de reconnaître une vaste ulcération ayant mangé environ le tiers du pavillon et ayant produit une large échancrure intéressant l'hélix et l'anthélix à leur partie postéro-supérieure. Il s'écoule un pus sanieux. Les douleurs sont vives. Les ganglions ne sont point engorgés. Je me décide à pratiquer l'amputation du pavillon de l'oreille, et celle-ci a lieu le 2 novembre 1889. Au moyen du thermocautère, je fais tomber le pavillon, ne laissant que le lobule et dépassant ainsi de deux centimètres les limites du mal. Le pansement, fait à l'aide de phénique et au salol, amène une guérison rapide, et un mois après j'obtenais une bonne cicatrisation. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, l'état général et local est resté des plus satisfaisants.

L'examen histologique a été pratiqué, et, comme le démontre la figure 2, il n'y a aucun doute sur la matière épi-

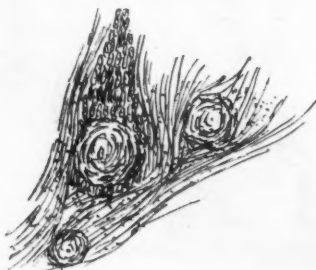


Fig. 2.

théliomateuse de la tumeur. Cette figure indique que j'ai dépassé le tissu morbide; en haut, en effet, on commence à retrouver le tissu réticulé normal; à droite, on voit des cellules adipeuses et la lumière d'un petit vaisseau. Comme dans l'observation précédente, les globes épidermiques et les cellules embryonnaires abondaient au milieu du stroma conjonctif.

Ces deux observations, dont l'une se termine par la mort,

et dont l'autre est actuellement, du moins, une guérison par faite, méritent quelque attention.

Je ne ferai que mentionner l'âge et le sexe de ces deux malades. C'est généralement dans l'âge avancé que ces tumeurs se développent, quoique plusieurs cas se soient présentés plus tôt. Elles atteignent le plus souvent les hommes. Elles peuvent survenir, dans certains cas, à la suite d'eczéma, d'impétigo ou de psoriasis. Dans mes deux observations, je n'ai pu avoir de renseignements exacts à ce sujet.

En général, le développement de l'épithélioma se fait avec une grande rapidité. Le malade de Sédillot, âgé de 57 ans, eut tout le pavillon détruit en trois semaines. Chez mes deux malades, les progrès du mal, sans être aussi rapides, ont cependant marché vite. C'est surtout chez le second que j'ai pu constater cette rapidité. En moins de six mois, un bon tiers du pavillon avait disparu, et pendant le peu de jours qui ont séparé mon premier examen du jour de l'opération, on pouvait constater une progression sensible.

Dans ma première opération, en moins d'un an, tout le pavillon a été envahi et les os eux-mêmes intéressés.

Je ne puis donc admettre que comme rare la marche extraordinairement lente de l'épithélioma signalée par le Dr Ferreri chez un malade appartenant à la clinique de De Rossi.

Pour le Dr Ferreri, la récurrence est la règle sans exception. Cette affirmation, qui est peut-être malheureusement exacte, demande cependant à être vérifiée.

C'est ce que je compte faire chez mon second malade, aujourd'hui âgé de 80 ans, et il me sera facile de la suivre s'il ne succombe pas toutefois à une autre affection. Dans ce cas, l'opération a été complète, faite de bonne heure chez un vieillard robuste, par conséquent dans de bonnes conditions. L'avenir seul pourra résoudre la question.

Chez mon premier malade, je n'ai point usé du procédé préconisé par De Rossi pour vérifier si l'extension du néoplasme a atteint les os. Il se sert, dans ce cas, d'un stylet aigu qui enfonce dans la tumeur; s'il pénètre à deux centimètres et même plus sans donner la sensation osseuse, c'est

que les os sont atteints. Cette ponction exploratrice peut rendre des services et mérite d'être signalée.

En résumé, l'épithélioma du pavillon de l'oreille est une affection rare. En dehors des cas mentionnés plus haut, le Dr Ferreri, sur 5,000 malades de lésions auriculaires, n'a relevé que *huit cas* d'épithélioma du pavillon. Treillet en a publié 11 observations, et O. Green 18.

Il serait à désirer que tous ceux qui se trouvent en présence de cas semblables ne négligeassent pas de les étudier et de les faire connaître.

Comme indications thérapeutiques, il faut opérer largement et de bonne heure. L'expérience m'a appris que le thermocautère doit être l'instrument de choix.

III

LARYNGITE POLYPEUSE CONGÉNITALE

Par le Dr **C. M. DESVERNINE-GALDOS**

(EXTRAIT D'UN TRAVAIL LU A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE
DE LA HAVANE LE 25 AOUT 1889.)

L'étude des néoplasmes laryngo-congénitaux offre un chapitre de laryngologie peu satisfaisant, voire même pauvre en observations précises, et, cependant, il s'agit d'une maladie relativement fréquente et dont les conséquences sont tellement sérieuses que nous devons enregistrer avec le soin le plus scrupuleux tout ce qui y a trait. La collection la plus riche que je connaisse est celle de Causit (je n'ai pas pu me procurer celle de Burow); elle ne contient que dix observations, dont je me propose de vous entretenir par la suite.

Mais, d'autre part, si l'on fait des recherches parmi les

annales de la clinique, on trouve une série de cas où l'on parle de mort subite, inattendue, par asphyxie, après un laps de temps variable et où, dès la naissance, les troubles de la respiration et de la phonation ont été constants. L'immense majorité de ces cas ont passé et passent encore inaperçus au point de vue du larynx ; et les auteurs classiques les plus justement en renom ne font aucune mention spéciale du sujet qui nous occupe.

Cet état de choses était nécessairement obligé tant que les laryngopathies restaient sans moyens d'exploration précise ; mais si l'apparition du miroir de Garcia modifia radicalement la situation pour l'adulte qui porte un néoplasme dans les voies respiratoires supérieures, on ne saurait dire que les circonstances aient beaucoup changé pour l'enfant, ainsi qu'il résulte de la statistique actuelle (créée en pleine période laryngoscopique) qui décèle un diagnostic presque toujours vague, et surtout une léthalité singulièrement en opposition avec le caractère presque toujours bénin de ces tumeurs ; pendant les premières années de la vie.

Il est bien évident que les dimensions restreintes du larynx pendant le premier âge et cet âge même sont des facteurs qui compliquent le problème clinique et rendent l'intervention chirurgicale singulièrement difficile et périlleuse ; mais, malgré tout, cette intervention n'est pas plus délicate qu'en d'autres branches de la chirurgie où les succès opératoires ne se comptent plus. De plus, les facteurs dont j'ai parlé ne prennent une importance particulière que pendant les premiers mois de la vie, et je tiens à affirmer avec insistance que si nous prenons dûment en considération les cas d'enrouement chronique chez l'enfant, suivis de mort subite par asphyxie, un certain temps après le commencement des symptômes laryngiens, il faut de toute nécessité attribuer de pareils désordres à un diagnostic et à un traitement absolument défectueux.

Le but de cette communication est d'appeler l'attention sur un cas de laryngite polypeuse congénitale, dont l'observation m'est personnelle et dont tous les détails sont complets ; mais il faut d'abord faire un peu d'histoire rétrospective.

Barker et Lewin, en 1835 et 1862, respectivement, sont les premiers observateurs qui aient consigné des cas de papillomes congénitaux endo-laryngés.

OBSERVATION I. — Le cas de Barker, se rapporte à un enfant de un an et demi, affecté de dyspnée et de dysphonie congénitales. L'auscultation, seul moyen d'exploration employé, ne conduisit pas à un diagnostic exact. Le traitement fut exclusivement médical, et la mort survint par asphyxie. A l'autopsie, on trouva quatre tumeurs papillomateuses insérées sur les bandes vocales et ventriculaires.

OBSERVATION II. — Cas de Lewin. Jeune fille de 15 ans, dysphone de naissance et plus tard aphone. L'examen laryngoscopique révéla la présence de deux papillomes implantés à l'insertion antérieure des bandes vocales.

L'extirpation eut lieu par les voies naturelles. La guérison fut complète. Ce cas contraste avec le précédent, autant par la précision du diagnostic que par le brillant résultat obtenu, grâce à une intervention appropriée. Nous verrons plus tard que l'âge de l'enfant, dans le cas de Barker, n'aurait pas dû empêcher une conduite analogue.

Duncan Gibb est le premier auteur qui, dans un traité de laryngologie, indique l'existence de tumeurs congénitales endo-laryngées.

OBSERVATION III. — Sa première observation se rapporte à une petite fille de 2 ans, à respiration difficile congénitale. L'exploration, au moyen du doigt, révéla l'existence de tumeurs intralaryngées, qui causèrent la mort par asphyxie.

OBSERVATION IV. — Le second cas, où il s'agissait également d'un enfant de 2 ans, est analogue à celui qui précède.

OBSERVATION V. — Son troisième cas est celui d'un enfant de 3 ans, affecté de dyspnée congénitale. Le petit malade succomba après de longues souffrances, avec tous les symptômes physiques d'une tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on trouva le larynx obstrué par un corps polypeux végétant. Les poumons, la rate, le foie et les ganglions mésentériques infiltrés de tubercules.

Il est vraisemblable que, dans ce cas, il s'agissait d'une de ces

laryngites de forme polypeuse, décrites pour la première fois par Ariza, de Madrid, et non par Schnitzler, comme on le prétend généralement.

OBSERVATION VI. — Mackensie a relaté le cas d'un enfant de 3 ans affecté d'aphonie congénitale. Tout examen au laryngoscope fut impossible à cause de la conformation défectueuse de l'épiglotte. L'exploration, au moyen du doigt, fit diagnostiquer une tumeur du larynx de consistance solide. Une attaque d'épilepsie amena la mort par asphyxie, et à l'autopsie on trouva des végétations papillomateuses. Mackensie pense que ce qu'il prit pour une tumeur à l'examen, au moyen du doigt, était le cartilage thyroïde.

OBSERVATION VII. — Dans le cours de la même année, Dufour relate l'histoire d'un enfant nouveau-né, aphone. Après beaucoup d'hésitation on diagnostiqua une obstruction du larynx par compression nerveuse. La mort par asphyxie survint au bout de 11 mois et 8 jours. L'autopsie, pratiquée par Bergeron, démontra l'existence de plusieurs papillomes implantés dans les replis ary-épiglottiques, qui descendaient jusqu'aux bandes vocales inférieures. L'examen histologique confirma le caractère épithélial des néoplasmes.

OBSERVATION VIII. — Cas de Rauchfuss. Fillette de 10 ans. Dysphonie et dyspnée congénitales. A l'examen laryngoscopique, on trouve toute la cavité du larynx obstruée par des végétations polypeuses qui procédaient partiellement du bord gauche de l'épiglotte. Après l'extirpation de celles-ci par la voie naturelle, on en découvrit d'autres insérées entre les cordes et qui ne furent pas enlevées.

OBSERVATION IX. — Causit relate l'observation suivante du service du Dr Triboulet.

Le 5 janvier 1866, une petite fille de deux ans et demi entrain à l'hôpital Sainte-Eugénie; elle était, au dire de personnes dignes de foi, aphone de naissance, toussait fréquemment, et la respiration avait toujours été pénible. Elle avait des accès de suffocation répétés. L'exploration laryngoscopique ne donna pas de résultat. La trachéotomie, devenue indispensable, fut pratiquée le 21. Les phénomènes respiratoires, occasionnés alors par une bronchite capillaire et par une congestion pulmonaire, persistèrent, et la mort a lieu dans la nuit du 22 au 23.

Autopsie. « Le larynx, dit l'auteur, est le siège d'une lésion assez singulière; en observant l'orifice supérieur, on remarque qu'il est presque absolument obstrué par des corps blanchâtres et caséiformes, facilement enlevés avec des pinces, et qui ne sont que les restes de végétations dont nous allons parler. Après avoir ouvert le larynx par une incision à la face postérieure, nous en trouvons la cavité occupée presque complètement par une tumeur mamelonnée en forme de chou-fleur, d'un aspect blanchâtre et d'une consistance assez ferme. Cette tumeur, à peu près de la grosseur d'une noix, présente un diamètre vertical de 7 millimètres et un diamètre antéro-postérieur de 8 millimètres, et se trouve insérée sur la corde vocale gauche dans toute son extension, vers le bas, par un pédicule large, allongé d'avant en arrière et de haut en bas. On voit de petites projections d'une couleur rosée, rondes et grosses comme une tête d'épingle, continuer la tumeur sur la commissure postérieure de la glotte et quelque peu sur la corde vocale supérieure.

L'examen histologique, fait par Legros et Robin, confirma le diagnostic macroscopique.

OBSERVATION X. — Krishaber a étudié le cas d'une fillette de onze ans et demi, dyspnéique et dysphone de naissance. A l'examen laryngoscopique, on découvre deux petits papillomes, de 2 à 5 millimètres d'épaisseur, implantés au point de jonction de la glotte cartilagineuse et de la membraneuse. On perd de vue cette malade.

OBSERVATION XI. — Edis observe un enfant de 36 heures, affecté de dyspnée intense. La mort arrive subitement, et l'on trouve un kyste dans le larynx.

Après cette première série, les observations les plus récentes sont celles de Johnson, de Chicago.

OBSERVATION XII. — Enfant de 10 semaines. Dyspnée et dysphonie congénitales; mort subite trois jours après la consultation. Autopsie. Tumeur papillomateuse qui obstruait la glotte.

OBSERVATION XIII. — Petite fille de 16 mois. Dysphonie et paroxysme de dyspnée après les pleurs. Aphonies transitoires. Dans ces conditions, l'enfant contracta la coqueluche et, pendant une quinte de toux, expulsa un corps rougeâtre, de la grosseur d'une lentille, qu'on reconnut être une production papillomateuse.¶

La respiration et la voix revinrent immédiatement à leur état normal.

OBSERVATION XIV. — Enfant de 3 ans. Accès de dyspnée, dysphonie et toux croupale congénitales; ces phénomènes devinrent alarmants, et la trachéotomie fut pratiquée. Pendant le cours de toute une année, on fit des efforts réitérés pour faire un traitement par les voies naturelles, mais les résultats furent nuls. A cette époque, les phénomènes de spasme laryngé se présentèrent de nouveau, et cela avec une telle énergie, quoique la canule et la trachée restassent libres, que la thyrotomie devint indispensable; par cette voie, on enleva un énorme papillome qui remplissait la cavité laryngée, envahissait la région sous-glottique et comprimait fortement les parois laryngo-trachéales. L'état du petit malade s'améliora jusqu'au troisième jour, où survinrent des phénomènes pneumoniques qui occasionnèrent la mort huit jours après l'opération.

OBSERVATION XV. — Enfant nouveau-né avec trouble de la respiration et enrouement. Les spasmes de la glotte et la dyspnée furent presque constants pendant quelques mois; la trachéotomie devint indispensable, et la mort survint vingt-quatre heures après l'opération, à la suite de complications pneumoniques.

A l'autopsie, on trouva une tumeur papillomateuse qui obstruait la glotte.

OBSERVATION XVI. — Enfant de 15 mois, bien développé. Enrouement congénital pendant les pleurs, respiration laborieuse et aphonie absolue.

Le traitement fut indéfiniment différé jusqu'au moment où des symptômes alarmants se présentèrent.

Quelque temps après, la respiration devint de plus en plus difficile, et l'enfant fut confié aux soins du Dr Lefferts, de New-York, qui, à l'aide de l'examen laryngoscopique, démontra la présence d'une néoplasie endo-laryngée. La trachéotomie fut pratiquée, et le malade mourut de pneumonie le troisième jour. A l'autopsie, on trouva la cavité laryngée occupée par des tumeurs papillomateuses insérées entre les deux cordes, base de l'épiglotte et région inter-aryténoïdienne.

Cette énumération forme un ensemble de 16 cas, dont 12 eurent une issue fatale, c'est-à-dire 75 0/0. Si nous retrans-

chons des 4 cas favorables, un, dont la guérison fut spontanée ou, pour mieux dire, amenée par un accident (observation XIII), et un autre cas dont on ignore l'issue (observation IX), il n'en reste que deux où l'intervention chirurgicale ait incontestablement causé la guérison (observations II et VIII); mais nous devons faire remarquer qu'au point de vue d'une guérison radicale, on ne peut citer qu'un cas, celui de Lewin (observation II), attendu que dans le cas de Rauchfuss (observation VIII) l'extirpation fut partielle. Étudiée ainsi, la statistique ne constate que 6 1/4 0/0, au lieu de 25 0/0.

Les causes immédiates de la mort dans les 12 cas funestes se décomposent ainsi :

7 par asphyxie subite sans intervention.

1 par tuberculose.

3 par phénomènes thoraciques après la trachéotomie.

1 par complication broncho-pneumonique déjà existante, quand la trachéotomie a été pratiquée *in extremis*.

Les âges sont :

1 de quelques heures.

4 de quelques mois.

2 de deux ans.

1 de deux ans et demi.

3 de trois ans.

1 de sept ans et demi.

Dans les 2 cas favorables, les sujets étaient âgés, l'un de 15 et l'autre de 10 ans. Sur les 16 autres cas, 7 affectèrent des enfants du sexe féminin et 8 des enfants du sexe masculin. Dans un cas de Johnson on ne fait pas mention du sexe.

Le diagnostic ne fut exact que dans 4 cas, et dans les autres il fut méconnu ou complètement erroné.

Quant au traitement, dans 3 cas on pratique la trachéotomie préparatoire; dans un la trachéotomie *in extremis*, et dans un autre la trachéotomie subséquente.

Cette analyse confirme ce que je disais au commencement, relativement à l'extrême gravité de cette maladie pendant

l'enfance, ainsi qu'aux erreurs qui en ont été les conséquences.

Il me reste à parler de l'observation qui m'est personnelle.

OBSERVATION XVII. — Le 19 juillet 1887, grâce à la bienveillante amitié de mon distingué confrère le Dr J. R. Montalvo, l'enfant A. R. me fut amené pour le soigner d'un enrouement chronique. Il s'agissait d'un petit garçon de 7 ans, faible et avec des signes physiques généraux d'un état scrofuleux actif. Son père avait été syphilitique, sa mère saine.

La respiration de l'enfant était très laborieuse et la voix à peine perceptible. Ces troubles si intenses dataient d'une époque relativement récente; mais ses parents, ainsi que d'autres personnes, m'assurèrent que les désordres de la phonation, désordres bien caractérisés, remontaient aux premiers cris poussés par l'enfant en venant au monde.

L'exploration thoracique révéla les signes physiques d'une obstruction de la trachée ou du larynx. Je procédai, non sans difficulté, à l'examen laryngoscopique, et, après des tentatives répétées, je pus reconstruire une image laryngienne satisfaisante, à l'aide de laquelle je pus me former une opinion exacte de la situation.

Voici quel était l'état des choses : toute la moitié droite du



Fig. 1.

vestibule laryngien et les deux tiers du côté gauche étaient occupés par une série de tumeurs d'un aspect végétant, lobulées, d'une teinte jaune claire. Je pus compter sept corps néoplasiques qui, du moins dans leurs extrémités supérieures, apparaissaient absolument indépendants les uns des autres. Ils se rejoignaient antérieurement sur la ligne médiane. Le seul point perméable

de la glotte se trouvait être un petit espace, dans l'angle postérieur droit, ainsi que le fait voir la figure 1, à l'échelle double de nature. Quant aux insertions, je ne pus les déterminer d'une manière précise que pour les néoplasmes le plus en arrière; ceux de la région inter-aryténoïde ainsi que ceux de la limite postérieure extrême du tiers moyen de la bande vocale gauche.

En présence de ces résultats, je pus formuler un diagnostic décisif, et j'avertis les parents que l'intervention chirurgicale radicale était d'une urgente nécessité, afin de conjurer une asphyxie qui ne tarderait pas à s'accroître. Malgré une opinion aussi absolue sur l'état du petit malade, je ne revis cet enfant que le 6 août, date à laquelle on me demandait avec la plus grande urgence, afin de m'occuper d'une respiration qui devenait impossible. Je trouvai le petit malade cyanosé, et, sans perdre de temps, je pratiquai la trachéotomie juxtaaricoïde, avec le concours du Dr Fernandez Guerra, laissant en place une canule de Durham.

Dès que le malade fut remis de cette première opération, je commençai, vers la fin de septembre, armé de pinces de traction de Mackensie, l'extirpation des tumeurs par la voie naturelle.

Il est évident qu'opérer dans un espace aussi restreint le larynx d'un enfant de 7 ans et extirper, par arrachement, des tumeurs relativement volumineuses étaient deux conditions de travail opératoire qui devaient aggraver le traumatisme, inévitable en pareille circonstance; mais après mûres réflexions, il n'y avait pas d'autre parti à prendre.

Et, en effet, l'image laryngoscopique était instantanée, et il eût été absolument impraticable d'introduire avec précision un instrument quelconque à anse, dans le but de procéder par constriction linéaire ou par section galvano-caustique. Quant à intervenir avec des pinces coupantes au sein de tumeurs dont les insertions, pour la plupart, m'étaient absolument inconnues, c'eût été assumer gratuitement la responsabilité de blesser d'une manière peut-être irréparable l'organe phonateur.

Les intervalles étaient de trois à six semaines entre chaque opération, car chaque opération était invariablement suivie de phénomènes laryngiens congestifs qui imposaient le repos. La première séance eut lieu en présence de mon ami le Dr Sanchez Toledo, et les Drs D. Francisco Zayas, Francisco Oxamendi, Emilio Martinez et Valdes Rico assistèrent aux autres.

Je commençai l'opération par la partie la plus proche de

l'image laryngoscopique, ou soit par la région distale ou aryénoïdienne du larynx, et au fur et à mesure que le vestibule laryngien se dépouillait, les pédicules indiquaient le siège de l'implantation et le nombre des tumeurs. Je pus, de cette façon, compter à la fin de la séance au moins 7 papillomes différents, dont 4 occupaient toute l'étendue de la bande gauche, et 3 les deux tiers antérieurs de celle de droite.

Après cette première série d'opérations, les néoplasmes restants furent enlevés avec des pinces tranchantes. Dès que la région glottique et supra-glottique fut complètement libérée, je découvris à l'examen laryngoscopique une huitième tumeur du même aspect que les précédentes, mais située profondément dans la région supra-glottique, du côté droit. Formant mesure, pour déterminer sa longueur, de la corde vocale qui lui était superposée, je pus apprécier que la tumeur en question s'étendait depuis la limite extrême postérieure du larynx jusqu'à son quart antérieur, et qu'en épaisseur elle dépassait la ligne médiane sagittale. La figure 2 en est la fidèle reproduction.

Étant donné l'espace réduit de la glotte (les dessins ci-joints sont à l'échelle double), il eût été chimérique de chercher à arriver au néoplasme sans opération extérieure. De plus, son immobilité absolue, pendant d'énergiques efforts respiratoires (en enlevant la canule et en obstruant l'orifice de la trachée),

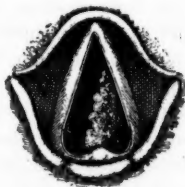


Fig. 2.

fournissait une preuve non équivoque des larges dimensions de la base de l'implantation. D'autre part, la normalité des excursions adductrices et abductrices de la bande vocale excluait l'insertion de la tumeur de territoire anatomique pour la localiser forcément en pleine région cricoïde.

La connaissance de ces détails me décidait à pratiquer sans hésitation la laryngo-fissure, et le 3 août j'incisai largement la

ligne médiane du cou, depuis la région thiro-hyoïdienne jusqu'au bord supérieur du cricoïde; je fus assisté dans cette opération par mes collègues les D^{rs} Francisco Oxamendi, Emilio Martinez et Valdes Rico.

La tumeur était fortement implantée au niveau du bord supérieur droit du cricoïde et occupait, dans sa presque totalité, la surface laryngée latérale droite. Je procédai d'abord avec des ciseaux courbes, et je terminai en faisant le raclage à l'aide d'une curette tranchante et sous l'influence d'un anesthésique. L'hémorragie eut peu d'importance, et ce fut chose facile que d'empêcher le sang de pénétrer dans la trachée. Le thyroïde et les parties molles furent suturés avec du fil d'argent. Les effets immédiats de ce traumatisme furent bien supportés par le petit malade, mais l'incision de la peau devint le point de départ d'une ulcération de caractère serofuleux, ulcération qui se compliqua d'un état général furonculaire grave. Cet état dura quelque temps et épuisa d'une façon marquée les forces de l'enfant.

Dans ces circonstances difficiles, la voix devint enrouée, et le 29 novembre, je constatai la réapparition d'un nouveau papillome (le neuvième de la série) pédiculé, situé à la base de la bande vocale droite, en pleine région aryténoïde.

Vers la fin de décembre, l'état général s'étant amélioré, j'en fis l'extirpation avec des pinces tranchantes. La base de l'implantation fut cautérisée à plusieurs reprises avec une solution caustique, et pour éviter toute récurrence, je cautérisai également et avec la même solution la surface supérieure des deux cordes.

A la suite de cette dernière opération, la guérison de l'enfant progressa sans interruption.

En mars dernier, je fis, à l'aide du laryngoscope, un scrupuleux examen, et trouvant le larynx dans un état d'intégrité absolue, ne conservant aucune trace des accidents qui avaient eu lieu; je retirai la canule et je fermai l'ouverture de la trachée. A partir de ce moment, l'organe a repris ses fonctions respiratoires et phonétiques, s'en acquittant jusqu'à ce jour sans le moindre arrêt.

L'examen histologique confirma le diagnostic clinique. Tous les fragments présentaient le caractère de papillomes, provenant de membranes, recouverts par un épithélium stratifié.

L'épithélium recouvrait complètement toutes les ramifications papilliformes. Dans quelques points, la prolifération était telle qu'elle avait un aspect verruqueux et pachydermique. Evidem-

ment que, dans ces derniers cas, il s'agissait des productions les plus récentes à l'état de développement actif. Il n'y eut, dans aucun cas, de prolongements épithéliaux au sein du stroma conjonctif.

Les zones les plus profondes de l'épithélium étaient formées de cellules plus ou moins cylindriques; celles-ci recouvertes de cellules de forme ovale, homogènes, nucléées, et conduisant par gradations insensibles à la couche périphérique de cellules aplaties polyédriques.

La membrane basale se trouvait évidemment dans les grandes papilles et dans quelques-unes des petites papilles, de formation récente.

Le stroma central était composé d'un tissu conjonctif adulte et bien développé, plus ou moins fibreux, à l'exception du dernier néoplasme, dont la base de sustentation était un tissu myxomateux.

BIBLIOGRAPHIE

- Med. Chirurg. Trans.*, 1855. — LEWIN, *Clinique allemande*, 1862. — GIBB, *Diseases of the throat and windpipe* London, 1864. *Trans. Surg. Soc.* London, 1865.
Gazette méd., oct. 1865.
CAUSIT, *Polypes du larynx chez les enfants.* (Thèse Paris, 1867.)
GOTTSTEIN, *Diseases of the larynx*, 1883.
Philadelphia Medical News, 1883.
-

BIBLIOGRAPHIE

De la surdité chez l'enfant et l'adulte au point de vue médical, pédagogique, légal, tutélaire, par MM. le Dr L. COUËTOUX (de Nantes), THOMAS, avocat à la Cour d'appel de Nantes, et L. GOGUILLOT, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris. (Georges Carré, éditeur, Paris, 1890.)

Cet ouvrage se divise en trois parties.

Le Dr Couëtoux (de Nantes), qui s'est chargé de la partie

médicale et pédagogique, est parti de cette idée qu'après avoir renoncé à guérir, il y avait pour le spécialiste un devoir à remplir. Ce devoir doit être rendu à l'infirme, et les résultats qu'il doit produire intéressent la famille et la société.

Ce côté de l'ouvrage est très soigneusement étudié et mérite d'être lu par tous ceux qui s'intéressent aux personnes privées de l'ouïe et de la parole. L'auteur désigne sous le nom de *paralipse* « l'ensemble des moyens médicaux, pédagogiques et mécaniques destinés à rendre à la vie intellectuelle et sociale les individus privés de l'ouïe et de la parole, quelquefois même de la vue, la jurisprudence les concernant, la protection que leur accordent l'État, les institutions privées ou que leur procure l'association mutuelle ».

Quelques considérations générales traitent des conditions que doivent remplir les établissements consacrés à l'enseignement des anormaux et de la facilité que pourraient nous donner les commissions scolaires et les institutions afin d'obtenir une statistique complète de ces infirmes. Déjà ce desideratum commence à être réalisé dans quelques départements.

La partie médicale de la surdi-mutité est divisée en précoce et tardive, comme l'avait fait de Troelsch, et en surdité chez l'adulte.

Le Dr Couëtoux admet la surdi-mutité causée par les végétations adénoïdes. Il rejette le procédé du Dr Boucheron (cathétérisme répété), pour cette raison que la pathologie du rhinopharynx est devenue trop précise pour un procédé aveugle et toujours le même.

Dans la partie pédagogique, il développe les avantages de la méthode orale. Ce n'est pas seulement l'exposé de vues personnelles, c'est une revue des divers congrès de professeurs de sourds-muets. Il réclame, dans les grandes villes, la présence de professeurs femmes, qui rendraient des services signalés aux familles en leur enseignant la méthode.

Il émet le vœu que les établissements de sourds-muets soient placés sous la direction du ministre de l'instruction publique et inspectés comme les écoles ordinaires, ce qui serait de toute utilité pour unifier la méthode d'enseignement qui, aujourd'hui, est tantôt orale (ex. Auray), tantôt digitale (ex. Saint-Brieuc). Nous pourrions ainsi avoir des professeurs munis de titres qui pourraient rendre d'autres services encore, comme de corriger le bégayement ou la prononciation avant la staphylorrhaphie, ainsi que l'a indiqué M. le professeur Trélat.

Nous ne faisons que signaler tous ces points de vue si importants et si négligés encore à notre époque, et nous devons être reconnaissants à M. le Dr Couëtoux d'avoir su résumer toutes ces questions et de nous avoir démontré avec un réel talent tout l'intérêt que nous devons y apporter.

Cet intérêt a grandi encore à la lecture de la seconde partie de l'ouvrage, que nous devons à un homme compétent en la matière, M. Thomas, docteur en droit (de Nantes). Cette étude légale est une nouveauté pour le médecin et lui ouvre des horizons nouveaux. Le sourd n'est plus aujourd'hui un homme mort : *mortuo similis est*, disait la loi romaine; aujourd'hui c'est un citoyen. Nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir résumé ce côté de la question en quelques pages qui doivent nous faire réfléchir.

Enfin, M. Goguillot, dont l'éloge n'est plus à faire, indique les moyens d'uniformiser et de perfectionner l'instruction des sourds-muets.

Il renseigne sur les sociétés de secours mutuels, d'assistance aux sourds-muets, et nous donne ainsi le moyen d'apprendre à l'infirme ce qu'il doit faire pour lui-même, après que nous lui avons enseigné ce qu'a fait la société. L'auteur du savant ouvrage « Comment on fait parler les sourds-muets » résume en quelques lignes ces divers points de vue avec toute la compétence que nous lui connaissons.

HAMON DU FOUGERAY.

Les maladies du nez et du larynx chez l'enfant. (In *Cyclopædia of the diseases of children medical and surgical*, edited by JOHN KEATING, vol. II. Philadelphia, 1889.)

Le grand ouvrage américain traite les maladies des enfants d'une façon complète, chaque article étant rédigé par un spécialiste. Aussi trouvons-nous, parmi les auteurs des chapitres sur les affections qui nous occupent, les grands noms américains et anglais.

JOHN MACKENZIE (Baltimore) y étudie l'*obstruction nasale*. Il rappelle que Plinie l'Ancien croyait que les enfants nés à sept mois avaient fréquemment le nez et les oreilles imperforées; et qu'au musée Wistar et Horner, de Philadelphie, on trouve une pièce anatomique où la cloison nasale est renforcée de chaque côté d'une apophyse osseuse délicate provenant des os palatins. Quoique Morell-Mackenzie n'ait jamais vu l'obstruction par les tumeurs au-dessous de 16 ans, John Mackenzie a

enlevé à deux enfants (frère et sœur), âgés de 4 et 5 ans, des polypes muqueux du volume d'une hultre. Parmi les complications que peut déterminer cette affection, on rencontre l'hémorrhagie qui est déterminée par la production d'une ride plus ou moins complète derrière le siège de l'obstacle ; c'est ainsi d'ailleurs que s'expliquent beaucoup d'hémorrhagies spontanées.

La *toux réflexe* a été traitée par A. Mac Coy (Philadelphie). La plus fréquente, chez l'enfant, est la toux nocturne, qui est due à l'accumulation, pendant le sommeil et dans le décubitus dorsal, des sécrétions dans les cavités nasales postérieures, c'est-à-dire dans les territoires les plus sensibles. Certaines formes particulières, celles des coquelucheux, par exemple, qui débute par un éternuement, ont été souvent améliorées par le traitement nasal ; d'autres, comme la toux gastrique, sont justiciables d'un traitement différent de celui auquel on serait enclin à recourir de prime abord, et la variété en question, qui est moins fréquente qu'on ne le pense, devrait être recherchée, au point de vue de son origine, dans les organes respiratoires ou dans les conduits auditifs.

MORGAN (Washington) rappelle les épidémies d'*épistaxis* survenues en Etrurie, au ^x^e siècle et signalées par Morgagni ; le traitement de cette complication est nécessairement variable, mais ne doit pas aller, pour Owen, jusqu'au tamponnement.

Les *corps étrangers* du nez sont résumés par BRYSON-DELA-VAN (New-York). Parmi eux on trouve les mouches qui donnent lieu, dans l'Inde, à l'affection dite *peenash*, qui peut se terminer par la mort. Lorsqu'elles ont pénétré dans le sinus frontal, Delavan lave les cavités nasales avec une solution alcaline, applique de la cocaïne, surtout au voisinage de l'orifice du sinus, puis fait inhaler du chloroforme qui force le parasite à sortir.

Le même professeur consacre un beau chapitre aux *tumeurs du nez*. Les polypes, surtout ceux des parties postérieure et supérieure des cavités nasales, sont facilement extraits au moyen de l'écraseur de Jarvis. Pour ce qui est de l'adénome, il a une tendance à dégénérer en épithélioma. Les angiomes connus jusqu'aujourd'hui sont au nombre de 14 et ont été presque tous rencontrés à la partie supérieure des fosses nasales : 4 malades opérés sont morts des suites de l'intervention. Quant aux ostéomes, au lieu d'être opérés par la méthode de Rouge, il est plus facile de les extirper en suivant le procédé de Goodwillie (New-York), celui de la fraise dentaire.

Jusque maintenant, on a recueilli 12 enchondromes (l'auteur en a vu un à deux ans et demi). En ce qui concerne les tumeurs malignes, elles consistent en sarcomes qui ne sont pas très rares et contre lesquels on s'est bien trouvé de la galvanocautie et de l'électrolyse (Voltolini, Lincoln).

A propos de la *syphilis congénitale* du nez, Bosworth (New-York) pense que si Simon entend par là celle qui est acquise lors de la naissance et qui se manifeste au plus tôt après quelques semaines son opinion est exacte, la maladie survenant souvent tardivement, quoique cependant elle puisse être acquise d'une façon irrégulière et accidentelle et que la lésion primitive échappe à l'observation; acquise à la naissance, elle se développe plus rapidement que chez l'adulte, mais plus lentement que la variété héréditaire.

CARL SEILER, dont nous avons analysé antérieurement l'ouvrage, parle des *coryzas aigus* qui se seraient montrés à la suite de l'exposition des yeux à une trop vive lumière et, par suite de la propagation de l'irritation conjonctivale, à la pituitaire; pour lui, il s'agirait plutôt d'une action réflexe.

Pour W. C. JARVIS (New-York), la *rhinite hypertrophique* consiste dans la production exagérée de la couche épithéliale du tissu érectile qui s'infiltré de cellules rondes, ainsi que dans la dilatation des sinus caverneux, avec parésie de leurs parois contractiles. Le traitement de cette lésion trouve, dans l'enfance, la période par excellence et la plus favorable à la guérison. Lorsque l'hypertrophie est considérable et réclame l'ablation, Jarvis emploie, même à la partie postérieure des cornets, l'écraseur de son invention; si elle est trop dense pour pouvoir être saisie dans l'anse et qu'elle siège en avant, on commencera par appliquer à sa base une aiguille à transfixion. S'agit-il d'enlever une déviation cartilagineuse de la cloison, Jarvis préfère sa fraise tubulée antiseptique, à laquelle il adapte l'électricité.

A la rhinite diphthéritique, Bosworth (New-York) oppose la *rhinite croupale*, qu'il suppose être beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement; elle serait causée par un germe déposé à sa surface et pénétrant dans les interstices de la membrane muqueuse apparemment saine ou d'une muqueuse dont les follicules ont été ouverts à la suite d'une opération. Quoique Moldenhauer n'aie vu, dans trois ou quatre cas, qu'un côté affecté, cependant la sténose doit toujours exister, parce que l'exsudation croupale d'une narine donne lieu à l'oblitération

du côté opposé, par suite de la tuméfaction des tissus caverneux. Quant à la durée de cette affection, Bosworth la considère comme étant d'au moins trois semaines (le cas que j'ai observé confirmait cependant l'opinion de Hartmann relativement à une durée de huit jours).

L'origine de la *rhinite atrophique* est attribuée pour beaucoup de cas, par JARVIS, à une conformation vicieuse congénitale des chambres nasales; le traitement est toujours local, mais il sera également général quand la forme fétide s'accompagnera de caractères dyscrasiques.

La *rhinite purulente* des enfants fait l'objet d'un travail de Bosworth; nous avons une observation de cette maladie que nous publierons ultérieurement.

FLETCHER INGALS (Chicago) s'est réservé les *maladies et les affections chirurgicales du pharynx*.

Les *maladies des amygdales* constituent une des parties les plus intéressantes et les plus complètes; BEVERLEY ROBINSON (New-York) s'est fort bien acquitté de sa tâche. Pour lui, il ne connaît pas de cas de tonsillite qui ait abouti à la suppuration chez le jeune enfant; il n'a jamais vu non plus de tonsillite herpétique ou ulcéro-membraneuse à la même période, et il a rarement rencontré des affections amygdaliennes dont les symptômes et la marche correspondent à celles-là, qui ont été décrites par Da Costa, etc.; il croit aussi que l'amygdalite simple peut prendre naissance dans une atmosphère viciée et surchauffée; de même les boissons défectueuses et impures peuvent donner lieu à de nouveaux accès. Parmi les abaisse-langue qu'il signale à propos de la tonsillite, nous trouvons celui de Bosworth, dont la plaque buccale excavée et rayée s'insère à angle droit à un manche recourbé à sa partie supérieure. L'hémorrhagie, survenue pendant une amygdalotomie, est combattue par l'application d'un instrument particulier, faisant office de compresseur et consistant en un long manche métallique, à l'extrémité duquel est adapté un tube recourbé supportant un bouton métallique convexe qui est un peu plus large qu'un penny et qu'on enveloppe d'un morceau d'étoffe.

La question des *tumeurs adénoïdes de la voûte du pharynx* a été développée par HARRISON ALLEN (Philadelphie), qui les a vues persister jusqu'à l'âge de 25 ans; il a également remarqué qu'à un degré de développement modéré elles peuvent ne provoquer aucun trouble. Lorsqu'on procède à leur ablation, on peut se servir de la pince de Farnham, sorte de pince à po-

types pliée légèrement au niveau de son articulation (à notre avis, elle est loin d'avoir la valeur de celle que Delstanche a montrée au Congrès de Paris).

CH. SAJOUS s'est occupé des *sténoses laryngées*, parmi lesquelles il mentionne le cas de E. Holt, de New-York, qui s'était montré à la suite de la rougeole : à l'autopsie, on y trouva les cordes vocales entièrement détruites par une ulcération et un fragment nécrotique et œdémateux recouvrant la lumière laryngée; il fait également allusion à celui de Frænkel, c'est-à-dire à celui concernant un enfant de 2 mois, qui mourut de sténose syphilitique, ainsi qu'aux observations de Gouguenheim, relatives aux sténoses par œdème tuberculeux.

Quant aux *tumeurs du larynx*, elles sont exposées par Sir MORELL-MACKENZIE, qui a rencontré 34 cas de tumeurs bénignes chez l'enfant (29 papillomes); on ne connaît qu'une ou deux tumeurs malignes non douteuses. Ces productions rendent quelquefois nécessaire la laryngotomie supéro-hyoïdienne, qui est moins dangereuse que la thyrotomie. Celle-ci a été faite 17 fois d'après von Bruns : il y eut 8 guérisons et 9 récidives.

WILLIAM P. NORTHRUP (New-York) fait l'exposé du *tubage de la glotte*, de la *laryngite spasmodique* et de la *laryngite pseudo-membraneuse*. Il ne pense pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de séparer la laryngite membraneuse de la laryngite diphthéritique d'intensité moyenne, et il croit devoir considérer tous les cas de laryngite pseudo-membraneuse, qui ne sont pas d'origine traumatique, comme des manifestations locales de la diphthérie; il base le traitement sur ce diagnostic. D'après des recherches faites à New-York, les cryptes des amygdales constituent un endroit favorable au développement des streptocoques; sur 31 enfants indemnes de diphthérie, on ne les constata que dans 2 qui furent atteints dans la suite, tandis que 50 diphthéritiques donnèrent 12 fois des streptocoques. Aussi y a-t-il une grande présomption (nous ne discuterons pas ce qu'il y a d'exagéré dans cette opinion) à considérer les streptocoques comme un facteur causal de la diphthérie. Mais là ne se borne pas leur rôle : la pneumonie lobaire aiguë et la broncho-pneumonie, qui compliquent si facilement la diphthérie des voies aériennes supérieures de l'enfant, sont une forme de pneumonie par inspiration, due à l'introduction dans les poumons des streptocoques provenant des foyers d'inflammation.

WHARTON (Philadelphie) s'étend avec détails sur la *trachéo-*

tomie pour laquelle il a imaginé un conducteur, sorte de sonde cannelée courbe; il se sert aussi d'une pince-forceps trachéale; il trouve également utile le dilateur de Trousseau et celui de Golding Bird, qui n'est guère qu'un spéculum nasal de Delstanche, le mandrin de la canule, pénétré et formant presque un demi-cercle, d'après le conseil de Cohen, l'aspirateur trachéal de Parker ou tube cylindrique en celluloïde, de 4 pouces de longueur, à l'extrémité duquel est attaché un tube flexible, tandis qu'à l'autre se trouve encore un tube en caoutchouc, mais avec pièce buccale. En outre, si la sténose laryngée permanente empêche l'enlèvement de la canule, on peut introduire dans le larynx un tube de O'Dwyer et fermer la plaie au moyen d'un tampon adhérent à une plaque métallique qu'on fixe à la manière de celle de la canule à trachéotomie.

Le compte rendu que nous venons de faire est nécessairement écourté et incomplet et ne donne, par conséquent, qu'une idée très faible de l'œuvre en question. Néanmoins nous avons cru utile de relever quelques-uns des points qui nous ont le plus frappé en la parcourant. Un regret que nous exprimons, c'est qu'elle fasse partie d'un ouvrage volumineux, d'un prix très élevé, et qu'on ne puisse se la procurer à part, de façon à se rendre assez exactement compte de la littérature américaine. Enfin, pour terminer, nous dirons que nous avons constaté avec plaisir que, contrairement à ce qui se passe habituellement en Allemagne, les Américains y ont fait une mention assez satisfaisante des travaux français.

O. LAURENT.

Les maladies de l'oreille et leur traitement, par A. HARTMANN.
(*Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung*, IV^e Auflage, p. IV-270, Berlin, 1889.)

L'ouvrage du professeur de Berlin, qui a déjà été traduit en plusieurs langues et qui va l'être en français (par M. le Dr Potiquet) est un beau résumé d'otologie, qui présente un certain intérêt à cause de la valeur de son auteur.

Celui-ci fait remonter l'histoire de l'otologie jusqu'au règne de Rhamsès II (14 s. av. J.-C.); Hippocrate possédait un certain nombre de notions sur cette branche, et il semble avoir été le premier à connaître la membrane du tympan. Les travaux qui ont le plus contribué à son avancement sont dus à Itard et Deleau en France, à Wilde et Toynbee en Angleterre, à Lincke et Kramer en Allemagne.

Parmi les méthodes d'examen, Hartmann place la raréfaction

(de Delstanche) dont il apprécie l'utilité. Pour nettoyer l'oreille, il se sert d'une seringue à bec recourbé, ainsi que d'un porte-ouate droit, constitué par un tube cylindrique renfermant deux branches métalliques qu'on peut rapprocher à volonté. Il est naturellement partisan de Weber; quant à celle de Rinne (audition osseuse comparée à l'audition aérienne) il lui trouve le désavantage que, chez le même malade, la conduction osseuse peut l'emporter sur l'aérienne pour les sons élevés, et celle-ci sur la première pour les sons bas. A ce propos, il nous donne plusieurs diagrammes schématiques qui nous montrent d'un coup d'œil les quatre types d'audition du diapason dans les différentes affections auriculaires.

Au chapitre de la *symptomatologie*, il décrit différents bruits et diverses anomalies : la paracousie (audition fausse d'un ton ou absence de correspondance de l'impression au ton), la diplacousie ou perception exagérée ou diminuée de certaines séries de sons, la paracousie de Willis (amélioration de l'audition dans le bruit), qui n'a pas encore reçu d'explication exacte, et l'autophonie ou tympanophonie, qui est l'audition forte de la voix pénétrant dans l'oreille d'une façon très intense.

La *prophylaxie* des maladies de l'oreille est étudiée à part.

L'*othématome* ne doit pas être confondu avec les formations kystiques; il pourra être traité par la ponction et la compression.

L'*otite externe desquamative* constitue une véritable entité morbide (je l'ai moi-même rencontrée). L'*otomycosis aspergilla* est la formation de champignons dans le conduit auditif; elle peut s'aggraver à la suite des instillations astringentes.

En étudiant le *tympan artificiel*, Hartmann parle de celui de Delstanche, auquel il apporte une légère modification.

En cas d'*inflammation purulente moyenne*, il pratique la paracentèse au moyen de son instrument : tige à extrémité lancéolée adaptée à angle obtus, par une vis, à un manche (qui peut aussi servir à l'articulation d'une curette, d'un couteau boutonné, de crochets pour corps étrangers, etc.)

Une des complications de l'otite suppurative moyenne, le *dépôt de produits de sécrétion* et la formation de cholestéatomes, est avantageusement traitée par les injections faites au moyen de sa canule.

Le dernier chapitre a trait à la *surdi-mutité*. La méthode française (abbé de l'Epée) diffère de celle employée en Allemagne (Heinicke) en ce que la première attache la plus grande

importance à l'étude du langage des mouvements et qu'elle met l'infirme dans l'impossibilité de converser avec les personnes qui n'y sont pas initiées; au contraire, le sourd-muet allemand peut converser avec tout le monde, car il parle et comprend la parole prononcée; aussi cette méthode d'articulation s'introduit-elle dans les instituts français. L'auteur nous donne aussi quelques renseignements statistiques sur la question. En 1882, le nombre des établissements allemands était de 52, comprenant 3,792 élèves et 3,991 en 1884.

O. LAURENT.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement de la surdité d'origine labyrinthique par la pilocarpine, par M. FIELD. (*Brit. med. journ.*, 2 mars 1889, p. 471.)

Ce travail porte sur les dix-huit cas de surdité d'origine labyrinthique, nettement reconnus et traités, suivant la méthode de Politzer, par les injections hypodermiques de pilocarpine. On commença par administrer cinq à six milligrammes du médicament, en augmentant la dose peu à peu jusqu'à un centigramme environ. L'auteur ajoute en outre une injection de quelques gouttes de la même solution beaucoup plus faible dans la trompe d'Eustache.

Après l'injection, le malade est maintenu au lit pendant deux heures. Le traitement n'a jamais été employé au delà de dix jours; l'état du cœur a été surveillé attentivement. Les résultats sont très variables dans quelques cas; dans d'autres, négatifs, ou même mauvais. Quelques-uns eurent des accidents d'intoxication.

C. HISCHMANN.

De l'Hématome de l'oreille, par S.-A.-K. STRAHAN. (*Brit. med. journ.*, 23 février 1889, p. 409.)

L'auteur s'attache à démontrer que si l'hématome de l'oreille est très commun chez les aliénés, on peut néanmoins le rencontrer chez des sujets absolument sains d'esprit, en particulier chez les boxeurs, les joueurs de football, et en général chez tous ceux qui se livrent à des jeux ou exercices violents. C. HISCHMANN.

Cinq cas d'affections de l'oreille moyenne, compliqués de supurations voisines, par M. ARBUTHNOT LANE. (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1889, p. 997.)

Il s'agit principalement de la trépanation de l'apophyse mastoïde pour donner issue au pus qui remplissait les cellules mastoïdiennes sans particularités intéressantes. C. HISCHMANN.

Des caractères particuliers présentés par les lésions inflammatoires de l'oreille pendant l'épidémie d'influenza, par HENNEBERT. (*La Clinique*, 23 janvier 1890.)

M. Delstanche a observé 16 cas qu'il tend à rapporter à une forme morbide spéciale « caractérisée en général par une lésion primitive du tympan et des parois du conduit osseux ; — ces parois sont le siège d'une inflammation plus ou moins intense et d'une hémorrhagie plus ou moins abondante, — se traduisant à l'examen au spéculum, par l'existence d'une phlyctène sanguine, globuleuse, d'une couleur lie de vin, recouverte d'épiderme exfolié et occupant le plus ordinairement le segment postérieur de la membrane ». La phlegmasie primitive du tympan disparaît en quelques jours ; parfois elle donne lieu, par propagation, à l'otite moyenne aiguë, avec perforation du tympan et écoulement de muco-pus mélangé de sang. LAURENT.

Corps étranger du larynx, par CAPART. (*La Clinique*, 16 janvier 1890.)

Le 20 novembre dernier, un enfant de 11 ans avale un morceau d'os, ce qui rend la trachéotomie presque immédiatement nécessaire. Après plusieurs tentatives infructueuses, l'extraction put être faite le 32^e jour. M. Capart, se plaçant un peu en arrière du malade, introduit l'indicateur gauche jusque derrière l'épiglotte, accrocha l'os et sentit son ongle s'insinuer dans les aspérités de ce corps, qui tomba alors dans le pharynx, où il fut aisé d'aller le saisir. Sa longueur était de 2 centimètres et, chose particulière, il n'avait pas produit la moindre inflammation.

LAURENT.

Auto-traitement laryngoscopique, par M. Georges STOKER. (*Brit. med. journ.*, 23 mars 1888, p. 653.)

M. Georges Stoker présente à la Société médicale de Londres un malade, âgé de 30 ans, qui a perdu la voix à l'âge de 7 ans. Traité tantôt pour un refroidissement, tantôt pour des végétations laryngiennes ou de la paralysie des cordes vocales, et tou-

jours sans succès, il étudia lui-même la laryngologie, et parvint, s'examinant au laryngoscope, à se cautériser à l'acide chromique et à enlever les végétations qu'il avait sur ses cordes vocales.

C. HISCHMANN.

Tuberculose laryngée avec paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales, par Henry HANDFORD, médecin de l'Hôpital général de Nottingham. (*Brit. med. journ.*, 26 janvier 1889, p. 187.)

Un homme de 48 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avancée, fut pris, au bout de quelques jours de traitement, de gêne de la déglutition et de dyspnée inspiratoire vive.

Après lui avoir badigeonné la gorge et la luette d'une solution de cocaïne, on put pratiquer l'examen laryngoscopique. On trouva l'épiglotte épaisse, de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales rouges enflammées et une petite ulcération au niveau de l'insertion des cordes vocales de chaque côté. Aucun mouvement d'abduction n'était possible, les cordes demeuraient constamment presque accolées l'une à l'autre.

Cette paralysie guérit en quelques jours, à la suite de pulvérisations de cocaïne quotidiennes.

La cause n'en demeure pas moins obscure. S'agit-il d'une altération des muscles crico-aryténoïdiens latéraux, ou d'une compression du récurrent par un ganglion caséeux? C. HISCHMANN

Un cas d'extirpation totale du larynx pour un épithélioma. Guérison. Rétablissement de la voix, par les D^{rs} GRÉVILLE MACDONALD et CHARTERS SYMONDS. (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1889, p. 296.)

Un homme de 41 ans, voyageur de commerce, avait perdu la voix depuis six mois. Il n'était ni alcoolique, ni syphilitique, mais fumait beaucoup. L'examen laryngoscopique décèle l'existence d'un néoplasme volumineux, irrégulièrement lobulé, d'une couleur gris rosé, occupant les trois quarts antérieurs de la région glottique; il masquait complètement une grande partie de la corde vocale gauche et la moitié antérieure de la corde droite. Au moment de l'inspiration, la tumeur s'affaissait, laissant la corde droite libre. A la partie postérieure de sa surface il existait une petite ulcération superficielle. Les deux cordes fonctionnaient cependant assez librement. Il n'y avait pas d'engagement ganglionnaire. L'examen microscopique montra que cette tumeur était un épithélium.

On enleva toute la portion visible du néoplasme à l'aide d'une pince appropriée; mais trois mois plus tard elle s'était reproduite avec un volume aussi considérable, et on décida d'extirper le larynx dans sa totalité. L'opération fut faite par M. Charters Symonds. On fit la trachéotomie préventive, et le larynx fut enlevé sans trop de difficultés opératoires. Six jours, après le malade, que l'on avait d'abord nourri au moyen de la sonde œsophagienne, pouvait avaler seul les aliments et, trois semaines plus tard, il était tout à fait bien. Quatre mois après l'opération, il n'y avait point de récurrence. Le malade pouvait parler à voix basse, distincte, sans le secours d'un larynx artificiel.

C. HISCHMANN.

Lupus tuberculeux du larynx, de la trachée et des bronches, ayant amené la sténose de la trachée et des bronches, par les D^{rs} WIPHAM et DELEPINE. (*Brit. med. journ.*, 16 mars 1889, p. 591.)

Un enfant de 14 ans entre le 15 mars 1887 à l'hôpital Saint-George. Son père est mort de tuberculose pulmonaire; quant à lui, il n'a jamais présenté de maladie sérieuse. A la suite d'un refroidissement, dix-huit mois plus tôt, il s'était formé une grosseur sur le côté gauche de son cou; depuis lors sa voix s'affaiblit peu à peu, il commença à tousser, et eut à plusieurs reprises des accès de dyspnée nocturnes, puis survinrent des sueurs nocturnes et de l'amaigrissement. A son entrée, on constate une respiration striduleuse, un peu de toux sans expectoration. Son pouls est à 100, sa respiration 32, la température normale. Pas de syphilis héréditaire.

Les deux amygdales hypertrophiées, sur la droite existe une ulcération profondément excavée; il en existe une autre sur le pilier postérieur du voile du palais. Le larynx est congestionné, il a de nombreux ganglions sterno-mastoïdiens et sous-maxillaires. Trois jours plus tard, on découvrit une ulcération ovulaire occupant la partie moyenne de la corde vocale droite; le 28 mars, on en trouve une autre affectant la cloison nasale et le cornet inférieur droit. Ces lésions firent des progrès rapides, et le 28 avril on dut, en raison de la dyspnée, pratiquer la trachéotomie, et malgré cela le malade succomba le jour suivant.

A l'autopsie, on trouva, en outre des ulcérations décrites, d'autres ulcérations occupant la trachée et les bronches qui étaient très rétrécies dans leur diamètre. Les glandes muqueuses avaient disparu dans toute leur étendue, les cartilages étaient atteints

de chondrite chronique, et on trouvait de nombreuses granulations végétantes. On ne peut démontrer l'existence du tuberculeux, probablement parce que les pièces avaient séjourné six jours dans l'acide chromique avant d'être examinées.

Les poumons étaient sains, sauf au sommet du gauche, où il existait un petit nodule crétaé et quelques adhérences fibreuses.

C. H.

Traitement de l'obstruction nasale, par le Dr SCANES SPICER.
(*Brit. med. journ.*, 9 février 1889, p. 302.)

Le Dr S. Canes Spicer montre l'importance qu'il y a de soigner tout particulièrement l'obstruction des fosses nasales qui forcent les malades à respirer par la bouche, les expose aux dangers de l'introduction d'un air froid, chargé de poussière et de microbes dans l'arbre aérien. D'autre part, l'obstruction des fosses nasales détermine souvent des troubles nerveux chez le sujet qui en est atteint.

Lorsqu'il y a hypertrophie des cornets inférieurs, il préconise les cautérisations au galvanocautère; l'acide chromique trouve mieux son emploi dans l'hypertrophie des cornets moyens, parce qu'on risque moins par ce procédé de donner lieu à des adhérences anormales. Les croûtes qui obstruent la partie supérieure du conduit et les sinus adjacents doivent être enlevés avec précaution; des lavages fréquents complètent le traitement.

Les végétations adénoïdes du pharynx seront extirpées en une seule fois, à l'aide de la pince Löwenberg, le malade anesthésié, etc.

G. HISCHMANN.

Exophtalmie consécutive à l'ablation des polypes du nez, par le Dr Félix SEMON (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1889, p. 888.)

Dans ce cas remarquable, l'auteur avait pratiqué l'ablation de polypes muqueux multiples à un malade, et subitement, celui-ci présenta de l'exophtalmie de l'œil droit, deux jours après l'opération, mais il n'y eut ni augmentation de volume du corps thyroïde ni tachycardie. En revanche, ce malade, qui souffrait depuis longtemps d'accès d'asthme, vit ceux-ci disparaître. M. Semon avoue qu'il ne comprend pas très bien le mécanisme de cette exophtalmie.

G. HISCHMANN.

Corps étranger dans les fosses nasales, par PHOTIADÈS (*Rev. méd. pharmaceutique de Constantinople*, 31 août 1889).

Le malade, âgé de 38 ans, souffrait d'un catarrhe du nez da-

tant de 18 mois et ayant amené une anosmie complète; en même temps il souffrait d'une bronchite continue avec toux spasmodique dont les accès revenaient constamment dans la journée. A l'examen rhinoscopique, catarrhe énorme de la muqueuse des cornets inférieurs obstruant les fosses nasales; après l'application de cocaïne on put constater l'existence de tumeurs flasques, molles, situées le long de la cloison, sous les cornets moyens. On crut à l'existence de gommès, mais le traitement spécifique restant sans effet, la cautérisation au moyen du galvanocautère fut pratiquée sur ces tumeurs et le nez fut débarrassé. Quelque temps après, le reste de ces tumeurs fut expulsé dans un accès de toux, et on reconnut la cause des accidents motivés par la présence de bouts de ficelle. Au commencement de la maladie, le malade avait avalé un morceau de saucisson et la ficelle s'était engagée dans les fosses nasales. Depuis le traitement, l'anosmie disparut, le catarrhe nasal s'atténua et les troubles bronchiques s'amendèrent.

A. G.

Traitement de la diphtérie par l'acide salicylique, par Léonard Cane (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1889, p. 885.)

L'auteur se sert plus volontiers de salicylate de soude en gargarisme, et il a bien d'excellents résultats au moyen de ce traitement.

G. HISCHEMANN.

Hémiatrophie de la langue, par le Dr Th. Barlow. (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1889, p. 996.)

Un enfant ayant fait une chute sur la tête fut pris deux ans après de difficultés de la déglutition, et bientôt après on constata l'atrophie de la moitié droite de la langue. Cette hémiatrophie était reliée évidemment à une affection de la région cervicale du rachis.

G. HISCHEMANN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

ANGLETERRE

Oreille.

Corps étrangers de l'oreille, otorrhée, otite moyenne suppurée, méningite suppurée, mort, nécropsie, par Bryant (*Lancet*, 10 novembre 1888).

- Affections auriculaires, par Deighton (*Lancet*, 22 septembre 1888).
 Exostose de l'oreille, par Marmaduke Sheild (*Lancet*, 27 octobre 1888).
 Nouvelle seringue pour l'oreille moyenne, par Robertson (*Lancet*, 27 octobre 1888).
 Présence des hématomas de l'oreille chez les joueurs de football, par F. A. Southam (*Brit. med. journ.*, 8 décembre 1888).
 Hématome de l'oreille, par H.-H. Tomkins et F.-W. Pilkington (*British med. journ.*, 26 janvier 1889).
 Des suites éloignées de l'otite, par Duckworth (*Lancet*, 5 janvier 1889).
 Nouvelle opération pour la surdité consécutive à l'obstruction de la trompe d'Eustache, par A. E. Cumberbatch (*Lancet*, 24 novembre 1888).
 Hématome de l'oreille, par S. A. K. Strahan (*Brit. med. journ.*, 23 février 1889).
 Surdité labyrinthique traitée par la pilocarpine, par Field (*British med. journ.*, 2 mars 1889).
 Malade présentant une absence presque complète des deux pavillons de l'oreille et différentes malformations crâniennes, par Alex. Robertson (*Med. chir. Soc. of Glasgow*, séance du 1^{er} février; in *Glasgow med. journ.*, mars 1889).
 Otorrhée chronique, par Macnaughton Jones (*West London med. chir. Soc.*, séance du 1^{er} mars; in *British med. journ.*, 23 mars 1889).
 Hématome de l'oreille, par R. Eager (*British med. journ.*, 23 mars 1889).
 Rupture de la membrane du tympan à la suite d'un traumatisme de l'oreille, par H. Stewart (*Lancet*, 23 mars 1889).
 Cinq cas d'otite moyenne suppurée, par Arbuthnot Lane (*Clin. Soc. London*, séance du 26 avril; in *Brit. med. journ.*, 4 mai 1889).
 Deux cas de surdité bilatérale complète survenue à la suite des oreillons. Observations, par Th. Barr (*Glasgow med. journ.*, juin 1889).
 De l'ouïe chez les marins, par F. Cane (*Lancet*, 13 avril 1889).
 Pilocarpine dans la surdité, par T. J. Woodhouse (*Brit. med. journ.*, 20 juillet 1889).
 Pilocarpine dans la surdité, par G. P. Field (*Brit. med. journ.*, 27 juillet 1889).
 De l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par J. Black (*Lancet*, 15 juin 1889).
 Pilocarpine dans la surdité, par H. Macnaughton Jones et Howard Barret (*Brit. med. journ.*, 3 août 1889).
 Du traitement des exostoses de l'oreille, par G. P. Field (*Brit. med. Assoc. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).
 Traitement des tumeurs osseuses du méat externe, par sir W. Dalby (*Brit. med. Assoc. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
 Traitement non opératoire des exostoses de l'oreille, par T. Barr (*Brit. med. Assoc. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
 Ablation d'une exostose auriculaire par un déplacement du pavillon, par Marmaduke Sheild (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
 Tumeur osseuse du méat simulant un corps étranger, par R. Ellis (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
 Tumeurs osseuses de l'oreille, par A. Politzer (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).
 Diagnostic des localisations des lésions intra crâniennes provenant des affections de l'oreille, par W. Macewen (*Brit. med. Ass. Leeds*, 15 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Opération pour l'otorrhée et pour la guérison de la surdité et des tintements d'oreilles au moyen de l'immobilisation des osselets, par S. Sexton (*Brit. med. Ass. Leeds*, 15 août 1889; in *Brit. med. journ.*, 11 janvier 1890).

Traitement mécanique du catarrhe chronique et de l'otite moyenne suppurée chronique, par Cl.-J. Blake (*Brit. med. Ass. Leeds*, 15 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Influence des affections naso-pharyngiennes sur les maladies de l'oreille moyenne, par Bendelack Hewetson (*Brit. med. Ass. Leeds*, 15 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Emploi du menthol et de l'eucalyptus dans le traitement local des affections de l'oreille moyenne, par A. Bronner (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Cas grave de tintement d'oreille unilatéral provenant du rétrécissement de la trompe d'Eustache guéri par le cathétérisme, par G. Stone (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Nouvelle membrane tympanique artificielle antiseptique, avec remarques sur le traitement des perforations et d'autres affections de l'oreille moyenne, par Ward Cousins (*Brit. med. journ.*, 28 septembre 1889).

Polype du méat externe, par A. Bronner (*Bradford med. chir. Soc.*, 3 novembre; in *British med. journ.*, 16 novembre 1889).

Othématome, par A. Bronner (*Bradford med. chir. Soc.*, 3 décembre 1889; in *British med. journ.*, 4 janvier 1890).

Nouvel injecteur et évacuateur auriculaire avec un cathéter flexible de la trompe, par J. Ward Cousins (*British med. journ.*, 11 janvier 1890).

Complications auriculaires des fièvres, par Hill (*Harveian Soc of London*, 27 janvier; in *British med. journ.*, 11 janvier 1890).

Remarques cliniques sur un cas d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal gauche à la suite d'une otite moyenne suppurée, par W. Watson Cheyne (*British med. journ.*, 1^{er} février 1890).

Abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne chronique; trépanation; mort, par W. Milligan (*British med. journ.*, 1^{er} février 1890).

Un cas de traumatisme du labyrinthe de l'oreille droite, traité avec succès par les injections de pilocarpine, par E. J. Erskine Risk (*British med. journ.*, 1^{er} février 1890).

De la forme de l'oreille comme signe d'un développement défectueux, par F. Warner (*Lancet*, 15 février 1890).

Massage de la membrane du tympan dans le catarrhe de l'oreille moyenne, par A. Bronner (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, séance du 7 février; in *British med. journ.*, 22 février 1890).

Larynx et trachée.

Syphilis du larynx, de la trachée et des bronches, par J. Solis-Cohen (*Journ. of laryngol.*, novembre et décembre 1888).

Discours sur les progrès de la laryngologie, prononcé à l'ouverture de la première session de l'Association laryngologique britannique, le 14 novembre 1888, par sir Morell-Mackenzie (*Brit. med. journ.*, 17 novembre 1888).

Un nouveau moyen pour relever l'épiglotte, par B. Howard (*Brit. med. journ.*, 17 novembre 1888).

Trachéotomie pour corps étranger, par Maitland Thompson (*Brit. med. journ.*, 24 novembre 1888).

Présentation d'un malade atteint de névrose laryngée, par P. Mac Bride (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, 7 novembre; in *Edinb. med. journ.*, décembre 1888).

Néoplasmes du larynx, par R. Norris Wolfenden (*British laryng. and rhinol. Ass. Londres*, 1888; in *Journ. of laryng. and rhin.*, décembre 1888).

Traitement des affections nerveuses de la gorge, par J. Macintyre (*British laryng. and rhinol., Ass. Londres*, 14 novembre 1888).

Lupus du larynx, par Burgess (*Sheffield med. surg. Soc. in Lancet*, 10 novembre 1888).

Deux cas de paralysie unilatérale des adducteurs du larynx, consécutive à une irritation réflexe du nez, par W. R. Stewart (*Lancet*, 13 octobre 1888).

Affections malignes des voies aériennes supérieures, par G.-Hunter Mackenzie (*Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1888).

Affections hystériques de la gorge, par Scanes Spicer (*West London med. chir. Soc.*, 7 décembre; in *Brit. med. journ.*, 15 décembre 1888).

Tumeur laryngienne, par Benham (*West London med. chir. Soc.*, 7 décembre; in *Brit. med. journ.*, 15 décembre 1888).

Affections hystériques des cordes vocales, par Ball (*West London med. chir. Soc.*; in *Brit. med. journ.*, 15 décembre 1888).

De l'ozone laryngo-trachéal, par Luc (*Journ. of laryng.*, janvier 1889).

Un cas difficile de sténose du larynx; trachéotomie, par F. Bateman (*Brit. med. journ.*, 5 janvier 1889).

Manière de relever l'épiglotte, par R. L. Bowles (*Brit. med. journ.*, 12 janvier 1889).

Tuberculose laryngienne avec paralysie bilatérale temporaire des abducteurs, par H. Handford (*British med. journ.*, 26 janvier 1889).

Notes cliniques sur les tumeurs graisseuses du larynx, par P. M^r Bride (*Edinburgh med. journ.*, février 1889).

Trachéotomie, par J. Collier (*Lancet*, 22 décembre 1888).

Mort consécutive à la présence d'un ganglion caséux dans la trachée, par Ord (*Lancet*, 5 janvier 1889).

Le traitement des papillomes du larynx à l'aide de la curette, par F. Massei (*Journ. of laryngol.*, février 1889).

Cas de tumeur intra-laryngienne, par David Lindsay (*Med. chir. Soc. of Glasgow*, séance du 14 décembre 1888; in *Glasgow med. journ.*, février 1889).

Cas de trachéotomie avec ulcération de la trachée et ouverture du tronc innominé, par A. E. Maylar (*Path. and chir. Soc.*, séance du 14 janvier; in *Glasgow med. journ.*, février 1889).

Intubation du larynx et des voies aériennes avec description d'un nouvel instrument devant servir dans certains cas, par T. Annandale (*British med. journ.*, 2 mars 1889).

Faits anatomiques et autres se rapportant à l'intubation, par Lennox Browne (*British med. journ.*, 9 mars 1889).

Ulcération syphilitique de la trachée et des bronches, par Gulliver (*Path. Soc. of London*, séance du 5 mars; in *British med. journ.*, 9 mars 1889).

Paralysie des nerfs récurrents laryngés, par Port (*Hunterian Soc.*, séance du 27 février; in *British med. journ.*, 9 mars 1889).

Lupus du larynx de la trachée et des bronches ayant amené une sténose de la trachée et des bronches, par Whipham et Delépine (*Clin. Soc. of London*, séance du 8 mars; in *Brit. med. journ.*, 16 mars 1889).

Glande caséuse se projetant dans la trachée, par Gulliver (*Path. Soc. of London*, séance du 19 mars; in *Brit. med. journ.*, 23 mars 1889).

Opération intra-laryngienne faite par le malade lui-même, par G. Stoker (*Med. Soc. of London*, séance du 18 mars; in *Brit. med. journ.*, 23 mars 1889).

Corps étrangers du larynx, par J. Collier (*Lancet*, 2 février 1889).

Tuberculose laryngée simulant une paralysie des abducteurs, par Percy Kidd (*Lancet*, 26 janvier 1889).

Corps étranger du ventricule du larynx enlevé par la trachéotomie; guérison, par Pick (*Lancet*, 2 février 1889).

Instruments de O'Dwyer pour l'intubation du larynx, présentés par

J. Walker Downie (*Med. chir. Soc. of Glasgow*, 22 février; in *Glasgow med. journ.*, avril 1889).

De la valeur relative de la trachéotomie pratiquée hâtivement ou tardivement dans les maladies chroniques du larynx, par Lennox Browne (*Journ. of laryng. and rhin.*, avril 1889).

Expulsion spontanée par la toux d'une tumeur du larynx, par Walter Hunter (*British med. journ.*, 13 avril 1889).

Un cas d'intubation, par Percy Jakins (*British med. journ.*, 20 avril 1889).

Phtisie laryngée, par W. Fowler (*Hunterian Soc.*, séance du 27 mars; in *British med. journ.*, 20 avril 1889).

Quelques nouveaux remèdes pour les maladies de la gorge, par Kenneth Millican (*Brit. laryng. and rhinol. Ass.*, séance du 27 mars; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, mai 1889).

Notes sur l'anatomie de l'épiglotte, par Mayo Collier (*Lancet*, 4 mai 1889).

Cas d'extirpation totale du larynx pour un épithélioma à la suite de laquelle la voix fut recouvrée, par Greville Macdonald et Charters Symonds (*Clin. Soc. of London*, séance du 26 avril; in *British med. journ.*, 4 mai 1889).

La laryngite dans les écoles, par Greville Macdonald (*Londres*, A. P. Watt, 1889).

Cas de paralysie de la corde vocale gauche chez un malade atteint de phtisie pulmonaire, par D. Newman et J. Lindsay Steven (*Path. and clin. Soc.*, séance du 13 mai; in *Glasgow med. journ.*, juin 1889).

Disparition spontanée de tumeurs laryngées après la trachéotomie, par Hunter Mackenzie (*Lancet*, 6 avril 1889).

Un cas de fièvre typhoïde compliquée d'œdème de la glotte; trachéotomie; guérison, par Stolterfoth (*Lancet*, 6 avril 1889).

Du traitement de la phtisie laryngée, par J. Sedziak (*Journ. of laryng. and rhinol.*, juin, juillet et août 1889).

Deux cas d'obstruction partielle des bronches par un corps étranger, avec remarques sur l'opération de la trachéotomie, pour son extraction, par T. Bryant (*Roy. med. and chir. Soc.*, séance du 11 juin; in *Brit. med. journ.*, 15 juin 1889).

Affection strumeuse des voies aériennes supérieures, par Gresswell-Baber (*Brighton and Sussex. med. chir. Soc.*, séance du 2 mai; in *British med. journ.*, 22 juin 1889).

Un cas de thyrotomie pour corps étranger du larynx, par M. Beverley (*Brit. med. journ.*, 6 juillet 1889).

Thyrotomie pour corps étranger du larynx, par S. Johnson Taylor (*Brit. med. journ.*, 13 juillet 1889).

Corps étranger dans la bronche droite; trachéotomie, par Page (*Brit. med. journ.*, 20 juillet 1889).

Corps étranger du larynx; trachéotomie; guérison, par Addenbroke (*Lancet*, 13 juillet 1889).

Trachéotomie dans un cas de cancer du larynx, par W. Robertson (*Lancet*, 6 juillet 1889).

Deux cas de trachéotomie pour diphtérie du larynx dans la même famille, par G. J. Stevens (*Lancet*, 8 juin 1889).

Goutte du larynx, par sir Morell-Mackenzie (*Journ. of laryng. and rhinol.*, août 1889).

Étiologie, pathologie, symptômes et traitement de la périchondrite du larynx, par de Havilland Hall et Greville Macdonald (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Soixante cas d'intubation du larynx dont vingt suivis de guérison, par Hailes (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

Affections de la gorge et du nez chez les enfants, causant des troubles

nerveux fonctionnels, par Scanes Spicer (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Thyrotonomie pour cancer du larynx, par Sir W. Stokes (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Lupus de la gorge et du nez, par J. Middlemass Hunt (*Journ. of laryng. and rhinol.*, septembre 1889).

Note sur un cas de syphilis imitant le lupus, par R. Norris Woffenden (*Journ. of laryng. and rhinol.*, septembre 1889).

Un cas de fracture du larynx à terminaison heureuse, par A. Sokolowski (*Journ. of laryng. and rhinol.*, septembre 1889).

Traitement des tumeurs du larynx, par B. J. Baron (*Bristol med. chir. journ.*, juin 1889).

L'avenir de la laryngologie. Discours prononcé à l'ouverture de la section de laryngologie de la *British med. Assoc. Leeds*, août 1889, par H. T. Butlin (*British med. journ.*, 14 septembre 1889).

Larynx et trachée provenant d'un cas de croup diphtérique, par Maxwell Ross (*Med. chir. Soc. of Edinb.*; in *Edinburgh med. journ.*, octobre 1889).

Affection maligne du larynx, par G. Hunter Mackenzie (*Edinburgh med. Journ.*, novembre 1889).

Tumeur tuberculeuse du larynx; trachéotomie, guérison, par W. Robertson (*British med. journ.*, 16 novembre 1889).

Corps étrangers dans les voies aériennes, par Mark Howell (*Hunterian Soc.*, séance du 23 octobre; in *British med. journ.*, 16 novembre 1889).

Corps étranger de la trachée (noyau de prane), par O' Neill (*North of Ireland Branch of the brit. med. Assoc.*, 31 octobre; in *British med. journ.*, 16 novembre 1889).

Intubation du larynx, par Prier (*North of Ireland Branch of the british med. Assoc.*, 31 octobre; in *Brit. med. journ.*, 16 novembre 1889).

Laryngite catarrhale, par de Havilland-Hall (*Med. Soc. of London*, séance du 18 novembre; in *British med. journ.*, 23 novembre 1889).

Des injections intra-laryngiennes dans le traitement des affections pulmonaires, par J. Walker Downie (*Glasgow med. journ.*, décembre 1889).

Corps étranger resté pendant treize jours dans la trachée, enlevé pendant une suffocation, par W. Macewen (*Glasgow path. and clin. Soc.*, séance du 11 novembre; in *Glasgow med. journ.*, décembre 1889).

Discours d'ouverture du président de l'Association laryngologique britannique, par P. Smyly (*Journ. of laryng. and rhin.*, décembre 1889).

Du centre nerveux moteur du larynx, par F. Semon (*British med. journ.*, 21 décembre 1889).

Etat des voies aériennes dans les léproseries de l'Ouest Indien, par J. D. Hillis (*Journ. of laryng. and rhinol.*, janvier 1890).

Mort à la suite de la pénétration d'un pois dans les bronches, par E. F. Grun (*Lancet*, 14 décembre 1889).

Du centre nerveux moteur du larynx, par H. Krause (*Brit. med. journ.*, 18 janvier 1890).

Du centre nerveux moteur du larynx, par F. Semon et V. Horsley (*British med. journ.*, 25 janvier 1890).

Note sur la respiration en chantant et en parlant, par Mayo Collier (*Journ. of laryng. and rhinol.*, février 1890).

Les causes du laryngisme chez les jeunes enfants et de sa production par l'élongation de l'uvule, par A. Mantle (*British med. journ.*, 8 février 1890).

Elongation de l'uvule comme cause de laryngisme, par Lennox Browne (*British med.*, 15 février 1890).

Nez.

Coryza atrophique (ozène essentiel), par E. J. Moure (*Journ. of laryng. and rhinol.*, novembre 1888).

Le mécanisme du nez et ses rapports avec la respiration, le goût et l'odorat, par Greville Macdonald (*Brit. med. journ.*, 1^{er} décembre 1888).
Anosmie, par Dundas Grant (*Brit. laryngol. and rhinol. Ass., Londres*, 14 novembre 1888; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1888).

Cas de calcul nasal, par J. M. Hunt (*Brit. laryngol. and rhinol. Ass., Londres*, 14 novembre 1888).

Cas de calcul nasal datant de 23 ans, par H. Bendelack Hewetson (*Brit. laryng. and rhinol. Ass. Londres*, 14 novembre; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1888).

Un récent perfectionnement de la rhinoscopie postérieure, par E. Cresswell Baber (*Brit. med. journ.*, 12 janvier 1889).

Un cas de tumeur naso-pharyngienne siégeant à la base du crâne; opération sans incision externe; guérison, par H. H. Clutton (*Lancet*, 1^{er} décembre 1888).

Une cause d'obstruction nasale, par E. Roughton (*Brit. med. journ.*, 16 février 1889).

Cas d'épilepsie avec aura olfactive provenant d'une tumeur du lobe temporo-sphénoïdal, par Hughlings Jackson et Beever (*Med. Soc. of London*, 18 février; in *British med. journ.*, 23 février 1889).

L'extraction par opération des tumeurs naso-pharyngiennes, par Annandale (*Med. chir. Soc. of Edinburgh*, 16 janvier; in *Edinburgh med. journ.*, mars 1889).

Rhinite membraneuse, par F. Hamilton Potter (*Journ. of laryng. and rhinol.*, mars 1889).

Pseudo hay-tyver, par A. Bronner (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, séance du 1^{er} mars; in *British med. journ.*, 23 mars 1889).

Dégénérescence fibreuse syphilitique des fosses nasales et du pharynx, par J. Noland Mackenzie (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, avril 1889).

De l'emploi de la cocaïne dans les maladies du nez et de la gorge, par Lennox Browne (*Brit. med. journ.*, 27 avril 1889).

Des anesthésiques dans les opérations du nez et de la gorge, par G. Stoker (*Brit. laryng. and rhinol. Assoc.*, séance du 27 mars; in *Journ. of laryngol. and rhinol.*, mai 1889).

Du choix des anesthésiques dans les opérations naso-pharyngiennes, par J. F. W. Silk (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, mai et juin 1889).

Suppuration de l'antre d'Highmore, par Donald Stewart (*Lancet*, 13 avril 1889).

Noz artificiel, par G. H. Philipps (*Straffordshire Br. of the Brit. med. Ass.*, 30 mai; in *Brit. med. journ.*, 29 juin 1889).

Obstruction nasale en relation avec l'administration d'anesthésiants, par J. F. W. Silk (*Journ. of laryng. and rhinol.*, juillet 1889).

Fièvre de foin et asthme de foin, par Havilland Hall (*Lancet*, 15 juin 1889).

Traitement de la fièvre de foin, par W. Hill (*Lancet*, 22 juin 1889).

Instrument pour corriger les déformations du nez, par Walsham (*Lancet*, 6 juillet 1889).

Empyème du sinus maxillaire, par Greville Macdonald (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Du naso-pharynx, par Farquhar Matheson (*Brit. med. Ass. Leeds*, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 24 août 1889).

De l'anesthésie dans les opérations de végétations adénoïdes du naso-pharynx, par H. Davis (*Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 24 septembre 1889).

Cas de rhinoplastie, par Rushton Parker (*Liverpool med. chir. journ.*, juillet 1889).

Deux cas de rhinosclérome, par W. Robertson (*Sect. de laryngol. de la Brit. med. Ass. Leeds*, 16 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Quelques points de la pathologie et du traitement des affections du naso-pharynx, par J. N. Mackenzie (*Journ. of laryng. and rhinol.*, novembre 1889).

Traitement de cas graves de polypes du nez, par R. A. Milligan (*Brit. med. journ.*, novembre 1889).

Fibromes naso-pharyngiens, par Thudicum (*West London med. chir. Soc.*, séance du 1^{er} novembre; in *Brit. med. journ.*, 16 novembre 1889).

Sur quelques relations entre les affections nasales et oculaires, par A. Bronner (*Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1889).

De l'aproxexie, par Guye (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, décembre 1889).

Amputation du nez, par Ogilvie Will (*Aberdeen Banff and Kincardine branch*, 20 novembre; in *Brit. med. journ.*, 14 décembre 1889).

Kyste du cornet inférieur, par R. E. Horsley (*Edinburgh med. chir. Soc.*, 4 décembre 1889; in *Brit. med. journ.*, 4 janvier 1890).

Hématome du septum nasal, par J. B. Ball (*Brit. med. journ.*, 25 janvier 1890).

Un cas curieux d'occlusion des choanes, par W. Robertson (*Brit. med. journ.*, 25 janvier 1890).

Tumeurs naso-pharyngiennes, par Stewart (*Nottingham med. chir. Soc.*, 8 janvier; in *Brit. med. journ.*, 25 janvier 1890).

De l'obstruction nasale et de la respiration buccale comme facteurs étiologiques des lésions dentaires, par Scanes Spicer (*Lancet*, 18 janvier 1890).

Asthme considéré surtout au point de vue de ses rapports avec les maladies du nez, par E. Schmiegelow (un volume de 90 pages, H. K. Lewis, éditeur, Londres, 1890).

Trépanation pour un abcès du sinus frontal, par A. G. Miller (*Edinburgh med. chir. Soc.*, séance du 5 février; in *Brit. med. journ.*, 22 février 1890).

Pharynx et Varia.

Tumeur fibro-kystique du côté droit du pharynx, par Sir Morell-Mackenzie (*British laryngol. and rhinol. Assoc. Londres*, 14 novembre 1888).

Cancer de la glande thyroïde, par R. Norris Wolfenden (*Brit. laryngol. and rhinol. Assoc. Londres*, 14 novembre 1888; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, décembre 1888).

Pièce de monnaie ayant séjourné quatre mois dans l'œsophage, par Martin-Dayle (*Lancet*, 10 novembre 1888).

De l'influence de certaines médications sur le bacille de la tuberculose chez l'homme, par G. Hunter Mackenzie (*Brit. laryng. and rhinol. Assoc. Londres*, 14 novembre; in *Journ. of laryng. and rhinol.*, janvier 1889).

Diphthérie épidémique, par John Irving (*Brit. med. journ.*, 15 décembre 1888).

Traitement de Sir Morell-Mackenzie pour les amygdalites aiguës et chroniques, par J. Maxwell Ross (*Edinburgh med. journ.*, janvier 1889).

Notes cliniques, par B. Tauber (*Journ. of laryngol.*, janvier 1889).

Un cas de cancer de l'œsophage, par S. Alexander (*Brit. med. journ.*, 5 janvier 1889).

Traitement de la diphthérie chez les enfants par les vapeurs sulfureuses, par T. Wild Pairman (*Edinburgh med. journ.*, février 1889).

Notes cliniques sur la diphthérie, par W. C. Donald (*Lancet*, 12 janvier 1889).

Du réflexe rotulien dans la diphthérie, par Hadden (*Lancet*, 5 janvier 1889).

Hypertrophie de l'amygdale pharyngienne chez les personnes âgées, par J. Solis-Cohen (*Journ. of laryng. and rhinol.*, février 1889).

Cas de tumeurs malignes de la glande thyroïde, par Procter L. Hutchinson (*Journ. of laryng. and rhin.*, mars 1889).

Un cas d'œsophagotomie, avec remarques, par Pye (*Brit. med. journ.*, 9 mars 1889).

Papillome de l'amygdale, par Morgan (Sunderland and North Durham med. Soc., séance du 21 février; in *Brit. med. journ.*, 9 mars 1889).

Cas de fibrome du pharynx; opération; remarques, par K. Leod (*Lancet*, 23 mars 1889).

Gastrite diphthéritique ou diphthérie gastrique, par Talfourd Jones (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1889).

Traitement de la diphthérie par l'acide salicylique, par L. Cane (*Brit. med. journ.*, 20 avril 1889).

Maladie de Graves unilatérale incomplète à la suite de l'extraction d'un polype nasal, par F. Semon (Clin. Soc. of London, séance du 12 avril; in *Brit. med. journ.*, 20 avril 1889).

Hémiatrophie de la langue, par T. Barlow (Clin. Soc. of London, séance du 26 avril; in *Brit. med. journ.*, 4 mai 1889).

Sarcome de l'amygdale, par R. Johnson (Clin. Soc. of London, séance du 26 avril; in *Brit. med. journ.*, 4 mai 1889).

Ablation de la glande thyroïde, par Corley (Roy. Acad. of med. in Ireland, séance du 29 mars; in *Brit. med. journ.*, 11 mai 1889).

Carcinome de l'œsophage enveloppant le nerf récurrent laryngé droit, par Burton (Cambridge med. Soc., séance du 1^{er} mars; in *Brit. med. journ.*, 11 mai 1889).

Remarques sur le traitement par l'intubation des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, avec observations, par G. Hook Rodman (*Brit. med. journ.*, 25 mai 1889).

Diphthérie, par E. H. Hare (*Lancet*, 11 mai 1889).

Notes sur la diphthérie, par North (*Lancet*, 13 avril 1889).

Nouvelle méthode pour traiter les sténoses œsophagiennes, par Charters J. Symonds (*Lancet*, 6 avril 1889).

Rétrécissement de l'œsophage. Gastrostomie. Mort, par A. Sheen (*Brit. med. journ.*, 29 juin 1889).

Du seul moyen de relever en même temps la langue, l'épiglotte et les replis aryéno-épiglottiques, par J. Foulis (*Edinb. med. journ.*, juillet et août 1889).

Gastrostomie pour rétrécissement organique de l'œsophage, par D. N. Knox (*Glasgow med. journ.*, août 1889).

Des amygdalites, leurs variétés et leurs relations avec le rhumatisme, par Haig-Brown, Arch. Garrod, Lennox Browne et Hingston Fox (Brit. med. Assoc. Leeds, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre 1889).

Pharyngite granuleuse, par L. A. Lawrence (Brit. med. Assoc. Leeds, 14 août; in *Brit. med. journ.*, 14 septembre).

Notes sur un cas de sarcome primaire de l'amygdale, par R. Norris Wolfenden (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, octobre 1889).

Introduction d'un os de grouse dans l'œsophage, par A. E. T. Longhurst (*Brit. med. journ.*, 5 octobre 1889).

Paralysie diphthéritique, par W. G. Sym (*Edinb. med. journ.*, novembre 1889).

Thrombose de l'artère vertébrale pressant sur le nerf glosso-pharyngé; perte unilatérale du goût sur le dos de la langue, par F. M. Pope (*Brit. med. journ.*, 23 novembre 1889).

Adénome de la glande thyroïde chez un léopard, par A. H. Young (Pathol. Soc. of Manchester, séance du 13 novembre; in *Brit. med. journ.*, 23 novembre 1889).

Epithélioma de la langue, par Rund/e (South East Hants District of the Southern Branch of the Brit. med. Assoc., 14 novembre; in *Brit. med. journ.*, 14 décembre 1889).

Gastrostomie pour obstruction complète de l'œsophage, par Ward

Cousins (South East Hants District of the Southern Branch of the Brit. med. Assoc., 14 novembre; in *Brit. med. journ.*, 14 décembre 1889).

Forme inusitée d'affection maligne de l'œsophage, par Harris (Manchester med. Soc., 4 décembre; in *Brit. med. journ.*, 21 décembre 1889).

Un cas de glossite hémorragique aiguë, par Holger Mygind (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, janvier 1890).

Maladie de Graves, par Hollis (Brighton and Sussex med. chir. Soc., 5 décembre 1889; in *Brit. med. journ.*, 4 janvier 1890).

(Œsophagotomie pour l'extraction de corps étrangers, par F. A. Southam (*Lancet*, 28 décembre 1889).

Diphthérie et rougeole, par E. Kingsbury (*Brit. med. journ.*, 11 janvier 1890).

(Œsophagotomie, par Bennett May (Birmingham and Midland Counties Branch of the Brit. med. Assoc., 12 décembre 1889; in *Brit. med. journ.*, 11 janvier 1890).

Affections de la glande thyroïde, par J. Berry (Pathol. Soc. of London, 21 janvier; in *Brit. med. journ.*, 25 janvier 1890).

De quelques affections de la bourse pharyngée, par A. Bronner (*Lancet*, 11 janvier 1890).

Du menthol dans les douleurs aiguës de tête, l'influenza épidémique et d'autres affections du nez et de la gorge, par Lennox Browne (*Medical Press*, 8 janvier 1890).

Rétrécissement de l'œsophage traité par la gastrostomie, par Ashley Cummins (Cork med. and surg. Soc., séance du 8 janvier; in *Brit. med. journ.*, 1^{er} février 1890).

Epithélioma de la glande thyroïde et de la trachée, par R. Norris Wolfenden (*Journ. of laryngol. and rhinol.*, février 1890).

Note sur un moyen possible d'arrêter les progrès du myxœdème, la cachexie strumiprivre et les affections consécutives, par V. Horsley (*Brit. med. journ.*, 8 février 1890).

De l'amygdalite folliculaire aiguë, par A. Dunlop (*Lancet*, 15 février 1890).

Application de canules (Retention tubes) dans le rétrécissement de l'œsophage, par Annandale (Edinburgh med. chir. Soc., séance du 5 février; in *Brit. med. journ.*, 22 février 1890).

Diphthérie, par Pearson (Sheffield med. chir. Soc., séance du 13 février; in *Brit. med. journ.*, 22 février 1890).

SCANDINAVIE.

Larynx.

Sarcome du larynx. Laryngo-fissure. Guérison, par Hjorth (*Norsk Mag. for Lægevidskaben*, décembre 1888).

Nez.

Un cas de rhinolith, par G. Baden (*Hosp. Tidende*, n° 2, 1889).

L'asthme; ses rapports avec les affections nasales, par E. Schmiegelow (94 p., Copenhague, 1889).

Pharynx et Varia.

Cas d'érysipèle pharyngien, par K. G. Lennander (*Upsala Lækaresocietets Förhandlingar*, vol. XXIV, p. 530).

Rétrécissement cicatriciel du gosier chez un enfant de 12 ans. Œsophagotomie externe. Guérison, par K. G. Lennander (*Upsala Laekarefoerennings Foerhandlingar*, vol. XXIV, p. 470).

PAYS-BAS.

Larynx et Trachée.

Un cas de mutisme hystérique, par Stephen (*Nederl. Tijds. v. Geneesk.*, 20 avril 1889).

Cas d'emphysème cutané répandu après la trachéotomie, par Blom van Geel (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. v. Geneesk.*, 1889).

Du carcinome du larynx, par Brondgeest (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 1889).

De l'intubation, par Korteweg (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 1889).

I. Cas de trachéotomie; II. Du tubage du larynx, par Moli (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 1889).

Nez.

Cas d'épistaxis rebelle, par Hukmann (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. v. Geneesk.*, 1889).

Lupus du nez, par Schutter (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 1889).

Rhinolithe, par van der Heide (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 1889).

Du ternissement de la glace par l'halcine comme signe de la sténose nasale, par Zwaardemaker (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 1889).

Pharynx et Varia.

Six cas de diphthérie, par van der Hagen (*Weekbl. van het. Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, 1889).

Carcinome de l'œsophage, par Kooyker (*Weekbl. van het. Nederl. voor Geneesk.*, 1889).

RUSSIE.

Oreille.

Sur la valeur du torticollis dans le diagnostic et le pronostic des otites moyennes, par Radzich (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 34, 1889).

Larynx et Trachée.

Sur la conduite à tenir dans le cas de laryngo-sténose provoquée par

une péricondrite dans le cours de la fièvre typhoïde, par O. K. Rukovitch (3^e Congrès des médecins russes, Saint-Petersbourg, janvier 1889).

L'acide lactique dans la tuberculose du larynx, par L. J. Golynetz (*Med. Oboz.*, n° 5, 1889).

Le menthol dans la tuberculose du larynx, par A. J. Ossendovsky (*Med. Oboz.*, n° 5, 1889).

Ulérations du larynx dans la fièvre typhoïde, par E. V. Antonoff (*Ejenedelnaia klinitcheskaja Gazeta*, n° 16, 17, 18 et 19, 1889).

Troubles fonctionnels de la voix au moment de la puberté, par A. P. Favitzky (*Med. Oboz.*, n° 5, 1889).

Corps étrangers des voies aériennes, par Vierhuff (*Petersb. med. Woch.*, n° 23, 1889).

Laryngo-fissure pour tumeurs du larynx, par S. G. Shalita (*Vratch*, n° 17, 1889).

Nez.

Des névroses réflexes d'origine nasale, par P. Netchaïeff (*Med. Oboz.*, n° 9 et 10, 1888).

Étiologie et curabilité de la rhinite atrophique chronique, par M. S. Jirmünsky (*Compte rendu de la 3^e réunion des médecins russes à Saint-Petersbourg*, 1889).

Coryza vaso-dilatateur chronique, par S. von Stein (*Med. Oboz.*, n° 17, 1889).

Larves de mouches dans le nez, par Pokrosoff (*Meditzina*, n° 12, 1889).

Pharynx et Varia.

Les amygdales dans la phthisie, par Dmokhovski (*Gaz. Lekarska*, 1889).

Traitement de la diphthérie par la teinture d'iode, par Jakow Goldeviig (*Med. Oboz.*, n° 6, 1889).

Traitement de la diphthérie, par F. Shtcherbakoff (*Novosti Terap.*, n° 10, 1889).

Note sur le traitement de l'amygdalite chimique et de la pharyngite granuleuse par des insufflations de carbonate de soude, par S. Mikhailoff (*Meditzina*, n° 21, 1889).

Traitement de l'hypertrophie amygdalienne dans l'enfance, par Ouspenski (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 28, 1889).

De l'excision des amygdales hypertrophiées, par L. S. Zisman (*Comptes rendus de la Soc. de méd. d'Irkutsk*, p. 10, 1889).

Oesophagotomie pour corps étrangers, par A. D. Abu koff (*Bull. de la Soc. méd. russe de Riga*, p. 61, 1889).

CANADA.

Oreille.

Des polypes de l'oreille, par A. J. B. Rolland (*Gaz. m.d. de Montréal*, décembre 1888).

Nez.

Traitement des polypes du nez, par A. A. Foucher (*Union méd. du Canada*, janvier 1889).

Obstruction osseuse de la cavité nasale, par A. J. B. Rolland (Soc. de méd. prat. de Montréal, séance du 1^{er} mars; in *Union méd. du Canada*, avril 1889).

Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention de liquide. Obstruction des arrières-fosses nasales comme conséquence, par A. J. B. Rolland (*Gaz. méd. de Montréal*, août 1889).

Pharynx et Varia.

Mycosis de l'arrière-bouche, par A. A. Foucher (*Union méd. du Canada*, mars 1889).

Traitement de la diphthérie, par Palardy (*Gaz. méd. de Montréal*, décembre 1889).

BELGIQUE.**Oreille.**

De l'acuité auditive, par Chalant (*Arch. méd. belges*, décembre 1888).

Les maladies de l'oreille en rapport avec les maladies générales, par F. Schiffers (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, juin 1889).

De la toux auriculaire, par F. Schiffers (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, juillet 1889).

Comptes rendus et mémoires du 4^e Congrès international d'otologie et laryngologie, tenu à Bruxelles du 10 au 14 septembre 1888, publiés par Ch. Delstanche et Ch. Goris (un volume de 350 pages. Bruxelles, 1889).

Des caractères particuliers présentés par les maladies inflammatoires de l'oreille pendant l'épidémie d'influenza à la clinique otologique du Dr Delstanche, par C. Hennebert (*La Clinique*, 23 janvier 1890).

A propos des atrésies de l'oreille externe; leçon clinique du Dr Delstanche, recueillie par Lafosse (*La Clinique*, 6 février 1890).

Larynx et Trachée.

De la production du shock dans l'extirpation du larynx, par K. Størk; traduit de l'allemand, par O. Laurent, de Hal (F. Hayez, imprimeur, Bruxelles, 1889).

Cas de corps étranger du larynx, par Capart (*La Clinique*, 16 janvier 1890).

Nez.

Polype naso-pharyngien volumineux, par Allard (*Presse méd. belge*, n^o 2, 1889).

Corps étranger ayant séjourné plus de deux ans dans une fosse nasale chez un adulte, par Hanquet (*Arch. méd. belges*, avril 1889).

Porte-lacs rétro-nasal pour l'enlèvement des tumeurs naso-pharyngiennes, par C. Goris (*La Clinique*, 16 mai 1889).

Pharynx et Varia.

Diphthérie. Note sur les cas d'angine diphthéritique observés à l'école des pupilles de l'armée, à Alost, par Bourdeaux (*Arch. med. belges*, janvier 1889).

Cancer de l'œsophage, par Gratia (*La Clinique*, 18 avril 1889).

Epithélioma de l'œsophage, par Javaux (*Presse méd. belge*, 10 mars 1889).

De la coqueluche, par Tordeus (*La Clinique*, 28 mars 1889).

Traitement de la diphthérie et du croup par l'emploi combiné du bromure de potassium et du sulfure de calcium, par Deffernez (*Scalpel*, 19 mai 1889).

Pharyngo-mycosis leptothrix, par F. Schiffrers (Soc. méd.-chir. de Liège, séance du 1^{er} août 1889).

De l'hygroma thyroïdien ou kyste de Boyer, par O. Laurent, de Hal (*La Clinique*, 24 juin 1889).

Sténose du pharynx, par F. Schiffrers (*Presse méd. belge*, 7 juillet 1889).

SUISSE.

Oreille.

L'ouïe des fiévreux et la découverte de la surdité unilatérale, par Valentin (Med. Pharm. Bezirksverein, Berne, 25 juin; in *Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 septembre 1889).

Daltonisme auditif, par Albertini (Congrès internat. de physiol., tenu à Bâle le 12 septembre 1889).

De la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les otites moyennes supprimées à la clinique de Zurich, par Scherrer (*Inaug. Dissert. Zürich*, 1889).

Larynx et Trachée.

L'intubation du larynx d'après O'Dwyer, par O. Guyer (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} juillet 1889).

Le larynx et la cocaïne, par Mermod (*Revue méd. de la Suisse romande*, juin 1889).

Nez.

Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne et la bourse pharyngée, par F. Siebenmann (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 juin 1889).

Pharynx et Varia.

Contribution casuistique à la dilatation rétrograde des rétrécissements

de l'œsophage, par Hagenbach (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} mars 1889).

Du traitement de la diphthérie par l'acide salicylique, par A. d'Espino (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 janvier 1889).

Des concrétions caséuses des amygdales, par Gautier (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 25 janvier 1889).

Recherches sur le corps thyroïde, par H. von Wyes (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mars 1889).

De l'angine ulcéreuse dans le typhus abdominal, par A. Vonwiller (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 septembre 1889).

Sur la fonction de la glande thyroïde, par Fano (Congrès intern. de physiol., tenu à Bâle, le 12 septembre 1889).

Extirpation totale du corps thyroïde chez des chiens, par Schiff (Congrès intern. de physiol., tenu à Bâle le 12 septembre 1889).

Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Girard (Med. Pharm. Bezirksverein, Berne, 29 octobre 1889; in *Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} janvier 1890).

Recherches expérimentales sur le bacille diphthéritique, par d'Espino et Marignac (*Revue méd. de la Suisse romande*, janvier 1890).

NOUVELLES

M. le professeur U. Trélat, dont le concours a été prêté d'une façon si bienveillante à la publication des *Annales* depuis la fondation du journal, vient de succomber à Paris à la suite d'une courte maladie. Nous n'avons pas besoin de rappeler à nos lecteurs qu'il était l'auteur de travaux remarquables sur la staphyloporrhie et la palatoplastie.

Société française d'otologie et de laryngologie.

Le comité de la Société d'otologie et de laryngologie a fixé la première séance de la réunion annuelle au vendredi 23 mai (huit heures du soir, palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins).

On est instamment prié d'envoyer au secrétaire avant le 10 mai le titre des communications que l'on se propose de faire, afin que le comité puisse arrêter l'ordre du jour des séances.

Cet ordre du jour ne sera publié qu'à l'ouverture de la session.

Le Secrétaire de la Société,

D^r JOAL, 25, rue de Lille.

Le congrès pour l'étude de la tuberculose, qui devait se tenir à Paris en 1890, sous la présidence du D^r Villemin, est remis au mois de juillet 1891.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs l'apparition d'un nouveau journal de spécialité qui paraît à Barcelone, sous

la direction de notre savant confrère le D^r R. Boley. Ce nouveau recueil est intitulé : *Archivos internacionales de laringologia otologia, rinologia, y de las enfermedades de las primeras vias respiratorias y digestivas.*

X^e congrès médical international Berlin. 4-9 août 1890.

L'exposition médicale internationale

Berlin, août 1890.

Une exposition médicale scientifique aura lieu conjointement avec le dixième congrès médical international. Les représentants des Facultés de médecine et des grandes sociétés médicales de l'empire allemand ont confié au comité d'organisation soussigné la mission d'en faire les préparatifs. Après bien des difficultés, le comité dispose enfin de salles convenables pour l'installation de cette exposition. Nous invitons les exposants à vouloir bien y envoyer leurs appareils, en les priant tout d'abord d'observer que, vu les circonstances et l'espace mis à notre disposition, il ne nous est possible d'accepter que des appareils de caractère excessivement scientifique.

I. L'exposition sera ouverte le 2 août, à 11 heures du matin, et fermée probablement le 11 août dans l'après-midi. Elle a lieu dans le parc de l'exposition nationale, où les séances des sections et groupes du dixième congrès international de médecine se tiendront aussi.

Il sera pourvu à l'arrangement de chambres noires et de locaux pour les expériences, avec guides compétents et démonstrations pour les participants au congrès.

Les objets suivants, autant que la place le permettra, seront admis :

1. Instruments nouveaux ou améliorés, ainsi qu'appareils scientifiques servant à la biologie et spécialement à la médecine, y compris les appareils pour la photographie ou l'analyse spectrale en tant qu'ils servent à un but médical. — 2. Nouvelles

substances et préparations chimico-pharmacologiques. — 3. Substances et médicaments pharmaceutiques les plus récents. — 4. Nouvelles préparations alimentaires. — 5. Instruments nouveaux ou améliorés pour la médecine autant interne qu'externe, ainsi que des branches qui s'y rapportent, y compris l'électrothérapie. — 6. Nouveaux plans et modèles d'hôpitaux, infirmeries, sanatoria, établissements pour la désinfection des objets et maisons de bains. — 7. Nouveaux aménagements pour le soin des malades, y compris les moyens de transport et les bains. — 8. Nouveaux appareils d'hygiène. — Nouveaux exposés de statistique et de cartographie médicales. — 10. Préparations médicales et modèles. — 11. Instruction médicale. — 12. Ouvrages littéraires de médecine.

II. Les demandes de participation doivent être envoyées jusqu'au 15 mai 1890 au bureau du congrès (Dr Lassar, Berlin NW., Karlstrasse, 19) sous la rubrique « Exposition. » Prière d'y ajouter une carte de visite ou la carte de la maison de commerce avec l'indication du domicile.

Chaque demande de participation doit être expédiée en deux exemplaires. Prière d'y joindre, sur la nature des objets exposés, quelques notices, mais très exactes, qui serviront au besoin pour le catalogue.

III. Les comités des groupes respectifs décideront si les objets annoncés pourront être acceptés pour l'exposition et dans quelle mesure ils le seront. Dans les cas douteux, le comité central décidera.

IV. Pour la location des places, il sera perçu pour chaque mètre carré de sol 10 marks (12 fr. 50), et pour chaque mètre carré de paroi 6 marks (7 fr. 50). Après l'acceptation des objets annoncés, l'exposant aura à payer sa place à M. le Dr Bartels, Sanitätsrath, Berlin SW., Leipzigerstrasse, 75. Pour chaque mètre carré de sol devant la paroi, l'exposant aura droit à deux mètres de paroi au-dessus du sol. Pour les objets isolés de tous côtés, l'exposant payera, outre le terrain occupé, la moitié du terrain pris par les passages alentour, et cela au prix du mètre de sol.

V. Des tables seront fournies; mais les exposants devront se procurer à leurs frais les vitrines, armoires, etc., dont ils seront

autorisés à se servir par les comités des groupes respectifs. Les fournitures d'éclairage électrique, de force motrice et d'autres arrangements techniques seront l'objet de conventions préalables.

VI. Tous les objets exposés seront assurés gratis contre l'incendie, en tant que la valeur sera indiquée dans la demande de participation. Par contre, tous objets inflammables ou pouvant craindre le feu seront exclus de l'exposition.

VII. L'emballage et le déballage se feront sans frais pour les exposants étrangers et avec tous les soins possibles, mais l'exposition ne prend aucune responsabilité. Les exposants du pays doivent se charger eux-mêmes de l'emballage et du déballage ainsi que du placement de leurs objets. MM. Jacob et Valentin, Berlin O., Holzmarktstrasse, 65, se sont chargés des expéditions.

IX. La livraison des objets à exposer doit avoir lieu avant le 20 juillet. Les exposants étrangers doivent, avant de faire leur envoi, se procurer des coupons spéciaux auprès du bureau de l'exposition pour remplir les formalités de douane.

VIII. Les objets exposés ne peuvent être retirés avant la clôture de l'exposition.

Le comité spécial de l'exposition est composé comme suit : MM. Paul Dorffel, Commerzienrath ; H. Haensch, Dr J.-F. Holtz, directeur ; Dr L. Lœvenherz, directeur ; Dr J. Pietri, Regierungsrath ; H. Windler et le secrétaire général du « comité d'organisation ». Les noms du comité général et des présidents des groupes seront donnés plus tard.

Le bureau est ouvert présentement tous les jours de semaine de 5 à 7 heures du soir.

Berlin, le 2 mars 1890.

Le comité d'organisation du dixième congrès international de médecine. Président : Dr Rudolf Virchow ; vice-présidents : Dr von Bergmann, Dr E. Leyden, Dr W. Waldeyer ; secrétaire général : O. Lassar.

*Invitation à participer aux travaux de la section
de laryngologie et rhinologie.*

Conformément à la décision prise à Washington par le neuvième congrès, c'est à Berlin qu'aura lieu, du 4 au 9 août de cette année, le dixième congrès médical international. Les sous-signés ont été désignés par les délégués des Facultés de médecine et des principales Sociétés médicales de l'empire allemand, comme membres du comité d'organisation pour la section. C'est en cette qualité que nous avons l'honneur de vous inviter à bien vouloir prendre part aux travaux de notre section. Ce sera pour nous un grand plaisir et un honneur tout particulier de pouvoir saluer chez nous en aussi grand nombre que possible nos honorables confrères. Nous vous communiquons ci-contre le programme provisoirement fixé des travaux de la section, et nous vous prions de nous informer le plus tôt possible des propositions, communications ou démonstrations que vous désirez faire.

Comptant sur un travail fructueux et profitable à notre science, nous vous adressons un salut confraternel et vous prions de recevoir l'assurance de notre parfaite considération.

Le comité d'organisation de la Société de laryngologie et rhinologie : MM. Beschorner, Dresde ; B. Fränkel, Berlin ; Gottstein, Breslau ; A. Hartmann, Berlin ; Jurasz, Heidelberg ; H. Krause, Berlin ; Michael, Hambourg ; Schech, Munich ; M. Schmidt, Francfort-sur-le-Mein.

On est prié de s'adresser au Dr Fränkel, Berlin NW., Neustädtische Kirchstr., 42, pour tout ce qui concerne spécialement la section ; et au bureau du Dr Lassar, secrétaire général, Berlin NW., Karlstrasse, 49, pour ce qui concerne le congrès en général.

*Programme provisoire de la section de laryngologie
et rhinologie.*

Discours d'ouverture de la section : La laryngologie depuis le dernier congrès international en 1887, par B. Fränkel, Berlin. — 1. Diagnostic et thérapeutique du cancer du larynx :

rapporteurs, Henry T. Butlin, Londres; J. Gottstein, Breslau. — 2. Déviations et crêtes de la cloison : rapporteurs, J. Moure, Bordeaux; A. Hartmann, Berlin. — 3. Diagnostic et thérapeutique des maladies des sinus avoisinant les fosses nasales : rapporteurs, Me Bride, Edinbourg; Ph. Schech, Munich. — 4. Syphilis des voies respiratoires supérieures : rapporteurs, L. Schrötter, Vienne; George M. Lefferts, New-York. — 5. Phlegmon aigu infectieux du pharynx et du larynx : rapporteurs, F. Massei, Naples; Mor. Schmidt, Francfort-sur-le-Mein. — En collaboration avec la section des maladies de l'enfance. Intubation : rapporteur, J. O'Dwyer, New-York.

Le second rapporteur sera nommé par la section des maladies de l'enfance.

Section d'otologie.

Des rapports des micro-organismes avec les affections de l'oreille moyenne et leurs complications, par Moos et Zaufal. — Cholestéatome de l'oreille, par Kuhn et Bezold. — L'ouverture de l'apophyse mastoïde par le méat externe peut-elle être considérée comme la méthode la plus usitée? par Hessler. — Traitement consécutif à la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Kretschmann. — Indications concernant l'excision du marteau et de l'enclume, par Stacke. — Anatomie pathologique du labyrinthe, par Steinbrügge. — L'organe de l'ouïe dans les affections du système nerveux central, surtout dans le tabes dorsal, par Morpurgo. — Otite interne consécutif à la syphilis héréditaire, par Wagenhäuser. — Statistique des affections auriculaires les plus importantes, par Burkner et Jacobson. — Examen de l'ouïe et notation du pouvoir auditif, par Magnus et Schwabach. — Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non suppurée, par P. Mac Bride et G. Gradenigo.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877. Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites ; maladies de la peau.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Sur l'utilité des applications galvano-caustiques dans le traitement de certaines formes d'hypertrophie des amygdales, par V. GRAZZI (Extrait des *Arch. ital. di laryng.*, fasc. I, 1890).

De l'acide sulfuricinique et de son emploi comme véhicule dissolvant de quelques médicaments utilisables en applications topiques, par A. RUULT et A. BERLIOZ (Extrait des *Archives de laryngol.*, n° 6, 1889).

Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition, par A. RUULT (Impr. Lemâle, le Havre).

L'importance de l'étude de l'otologie. L'état actuel de l'otologie en Italie et à l'étranger, par G. GRADENIGO (Tipog. L. Roux, Turin, 1890).

Note sur le traitement galvano-caustique de l'hypertrophie des amygdales, par E. H. KNIGHT (Extrait du *New York med. journ.*, 12 octobre 1889).

Du menthol dans la phthisie laryngée, par E. H. KNIGHT (Extrait de *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 18 janv. 1890).

Des injections intra-trachéales d'huile créosotée chez les tuberculeux, par L. DON (Extrait de la *Revue de médecine*, 1890).

Compte rendu du Congrès international d'otologie et de laryngologie, tenu à Paris du 16 au 21 septembre 1889 (section

otologique), par L. LICHTWITZ (Tirage à part des *Arch. f. Ohrenh.*, mars 1890).

Observations d'affections mastoïdiennes, par GORHAM BACON (Extrait des *Arch. of Otol.*, vol. XVIII, n° 3 et 4, 1889).

Revue de laryngologie, par A. KUTTNER (H. Kranse) (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 6, 1890).

Annales de médecine et de chirurgie, publiées par le Cercle d'études médicales de Bruxelles, année 1889 (H. Lamertin, éditeur, Bruxelles, 1890).

La fermeture mécanique de la trompe dans le traitement caustique des otites moyennes purulentes chroniques, par G. FERRERI (Extrait de *Lo Sperimentale*, février 1890).

Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg (tome XXV, édit. R. Schultz, à Strasbourg, et J.-B. Baillière, à Paris, 1889).

Traitement chirurgical des végétations dans la laryngite tuberculeuse, par A. MASCAREL (Brochure de 50 pages, H. Jouve, imprimeur, Paris, 1890).

Le Gérant : G. MASSON.

